



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Hélder Pacheco de Medeiros

**APLICAÇÃO DO MÉTODO *MINNESOTA INNOVATION SURVEY* – MIS EM
HOSPITAIS DA REDE EBSEH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES**

Natal/RN

2017

Hélder Pacheco de Medeiros

**APLICAÇÃO DO MÉTODO *MINNESOTA INNOVATION SURVEY* – MIS EM
HOSPITAIS DA REDE EBSEH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientador: Hélio Roberto Héris, Dr.

Natal/RN

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**APLICAÇÃO DO MÉTODO MINNESOTA INNOVATION SURVEY – MIS EM
HOSPITAIS DA REDE EBSEH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES**
por

HELDER PACHECO DE MEDEIROS

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE

MESTRE EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

MARÇO, 2017


© 2017 HELDER PACHECO DE MEDEIROS
TODOS DIREITOS RESERVADOS.

O autor aqui designado concede ao Programa de Engenharia de Produção da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte permissão para reproduzir,
distribuir, comunicar ao público, em papel ou meio eletrônico, esta obra, no
todo ou em parte, nos termos da Lei.

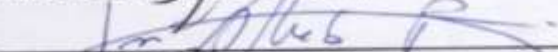
Assinatura do Autor:



APROVADO POR:



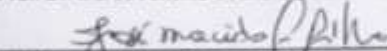
Prof. Dr. Helio Roberto Hekis – Presidente



Prof. Dr. Jose Alfredo Ferreira Costa – Examinador Interno do Programa



Prof. Dr. Marco Antonio Leandro Cabral – Examinador Interno à Instituição



Prof. Dr. Jose Macedo Firmino Filho – Examinador Externo à Instituição

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Central Zila Mamede

Medeiros, Helder Pacheco de.

Aplicação do método Minnesota Innovation Survey - MIS em hospitais da rede EBSEH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares / Helder Pacheco de Medeiros. - Natal, 2017. 126f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Tecnologia, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Dr. Hélio Roberto Héris.

1. Serviços de saúde - Dissertação. 2. Gestão hospitalar - Inovação - Dissertação. 3. Hospital universitário - Dissertação. 4. Metodologia MIS - Dissertação. I. Héris, Hélio Roberto. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 614.2:658

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Severino Viana e
Maria da Luz (*in memoriam*).

AGRADEDIMENTOS

Ao Eterno Deus que, mesmo sendo Soberano Criador de todas as coisas, tornou-se amigo de uma humanidade que não O merece. A Ele, toda a gratidão por ter me conduzido até aqui e conquistar novos horizontes de conhecimento.

Aos meus pais, Severino Viana de Medeiros e Maria da Luz Pacheco de Medeiros (por quem sinto muitas saudades), pelas lutas vivenciadas para o desenvolvimento de seus filhos, pelas alegrias e tristezas vividas, pelo incentivo e educação repassados ao longo do percurso de minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Hélio Roberto Hékis, quem me abriu as portas para esta grande oportunidade, pela confiança, cuidado e atenção dispensada ao longo desta caminhada. Serei eternamente grato por sua amizade e condução deste trabalho com maestria.

Ao amigo Lawrence que, com sua simplicidade e educação, nunca exitou em ajudar e contribuir de forma ativa quando das dificuldades e direcionamentos deste trabalho, sempre ajudando com conselhos e apoiando com sua experiência.

À minha querida amiga Sônia Ribeiro, por estar ao meu lado nesta jornada, pelo seu cuidado e apoio em realizar todas as tarefas para o desenvolvimento deste mestrado.

À amiga Vitória Melo, da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), por ter me apoiado nas pesquisas, compreendendo a importância de se conseguir os contatos dos respondentes. Unindo-se às minhas necessidades, contribuiu de forma decisiva para a conquista dos resultados.

Aos meus amigos do mestrado e aos professores Irami Araújo e José Alfredo, pelas orientações para o desenvolvimento da pesquisa, tendo apoiado e impulsionado este projeto com contribuições muito importantes para o seu enriquecimento.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PEP/UFRN, representados pelo Prof. Mário Orestes, pela acolhida, respeito e responsabilidade na transmissão de conhecimentos durante o mestrado.

Aos Professores Dr. José Firmino (IFRN) e Dr. José Alfredo, pela gentileza em aceitar fazer parte da minha banca de defesa.

A todas as pessoas pesquisadas, que contribuíram de forma fundamental para alcançar os resultados desta pesquisa e, mesmo sob grandes e importantes tarefas diárias em suas Instituições Hospitalares, dedicaram um pouco de seu tempo para tornar real este projeto de mestrado.

A todos, ainda que não expressamente mencionados, o meu sincero agradecimento por sua contribuição direta ou indireta para a concretização deste trabalho.

It is written: 'Man shall not live on bread alone, but on every word that comes from the mouth of God.

(Matthew 4:4)

RESUMO

Pensar hoje em inovação é trazer para o campo das organizações a notoriedade, não somente encontrada na literatura como também nas práticas de gestão, de um viés estratégico bastante recomendado e decisório para os atuais gestores das Instituições de produtos e serviços em nosso país. Aliado a isso, o alto grau de competitividade presente no mercado, contribuindo de forma significativa diante da complexidade no contexto da tomada de decisões. Atualmente, os gestores necessitam manter um ciclo de renovação contínuo sobre seus processos, produtos e/ou serviços, sendo importante também conhecer os fatores condicionantes e determinantes para novas alternativas que incentivem a inovação dentro das organizações. A presente pesquisa tem como objetivo analisar o ambiente organizacional da Rede EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ela é considerada uma das maiores empresas públicas de caráter privado, focada na gestão dos Hospitais Universitários do Brasil. A pesquisa buscou abranger o conjunto de Hospitais Universitários ligados à Rede EBSEH (totalizando 50 Hospitais – 39 Contratados, 10 Sem Contrato e 1 Empresa Pública) situados nas principais regiões do Brasil. Foi buscado verificar quais importantes características propiciavam o desenvolvimento de inovações. Foram coletados, no entanto, dados de 17 Hospitais conveniados (44%) em todas as regiões do Brasil. Como metodologia utilizada, este trabalho assumiu uma abordagem descritiva, com métodos qualitativos e quantitativos, apoiando-se em um planejamento de pesquisa dirigido à pesquisa bibliográfica e a estudos de casos. Para tanto, foi utilizado um questionário produzido pela metodologia *Minnesota Innovation Survey – MIS*, desenvolvida pelo *Minnesota Innovation Research Program – MIRP* da University of Minnesota nos Estados Unidos, sendo aplicada aos principais gestores dos Hospitais ligados à EBSEH. Como resultados, os dados estatísticos apontam aspectos tais como satisfação, liderança, apoio, obtenção de recursos, engajamento e planejamento e execução da inovação, os fatores com melhor desempenho para a inovação baseado no teste paramétrico de Kruskal Wallis, para um nível de significância de 1%.

PALAVRAS-CHAVE: EBSEH. Hospitais Universitários. Inovação. Metodologia MIS.

ABSTRACT

To think of innovation today is to bring to the field of organizations the notoriety, not only found in literature but also in management practices, of a highly recommended and decisive strategic bias for the current managers of the institutions of products and services in our country. Allied to this, the high degree of competitiveness present in the market, contributing significantly to the complexity in the context of decision making. Nowadays, managers need to maintain a continuous cycle of renewal over their processes, products and / or services. It is also important to know the conditioning factors and determinants for new alternatives that encourage innovation within organizations. The present research aims to analyze the organizational environment of the EBSEH Network - Brazilian Company of Hospital Services. It is considered one of the largest public companies of a private character, focused on the management of the University Hospitals of Brazil. The research sought to cover the set of University Hospitals connected to the EBSEH Network (totaling 50 Hospitals - 39 Contracts, 10 No Contract and 1 Public Company) located in the main regions of Brazil. It was sought to verify which important characteristics allowed the development of innovations. Data were collected, however, from 17 Hospitals (44%) in all regions of Brazil. As a methodology, this work took a descriptive approach, with qualitative and quantitative methods, based on a research planning aimed at bibliographic research and case studies. For this purpose, a questionnaire produced by the Minnesota Innovation Survey - MIS methodology, developed by the Minnesota Innovation Research Program - MIRP of the University of Minnesota in the United States, was used and applied to the main managers of the EBSEH Hospitals. As a result, statistical data point to aspects such as satisfaction, leadership, support, resource acquisition, engagement and innovation planning and execution, the best performance factors for innovation based on the Kruskal-Wallis parametric test for a significance level of 1%

KEYWORDS: EBSEH. University Hospitals. Innovation. MIS Methodology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura e Apresentação da Dissertação	25
Figura 2 - Classificação dos Hospitais	32
Figura 3 - Organizações Hospitalares: Fronteiras Conceituais	34
Figura 4 - Estrutura Organizacional básica da EBSEH	39
Figura 5 - Estrutura Organizacional da Gerência Administrativa	40
Figura 6 - Estrutura Organizacional da Gerência de Atenção à Saúde	40
Figura 7 - Mapa de Distribuição de HUs conveniados à EBSEH	41
Figura 8 - Mudança de Ruptura Tecnológica	48
Figura 9 - A dinâmica da Inovação de Utterback	50
Figura 10 - Curva em Forma de S de Foster	52
Figura 11 - Curva em forma de S dos computadores	53
Figura 12 - Modelo de medida das dimensões do MIS	56
Figura 13 - Desenho da Pesquisa	61
Figura 14 - Classificação da Pesquisa	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade	83
Gráfico 2: Região do País	84
Gráfico 3: Grau de escolaridade	84
Gráfico 4: Tempo que trabalha na HU	84
Gráfico 5: Área de atuação	84
Gráfico 6: Porte do hospital	85
Gráfico 7: Tipo de serviços HU	85
Gráfico 8: Tipo de acesso HU	85
Gráfico 9: Distribuição de frequência nos itens relacionados à inovação	86
Gráfico 10: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao desenvolvimento da inovação que foram atingidas	87
Gráfico 11: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao desenvolvimento da inovação que não foram atingidas	88
Gráfico 12.1: Aspectos relacionados à liderança na inovação	90
Gráfico 12.2: Aspectos relacionados à liderança na inovação	90
Gráfico 12.3: Aspectos relacionados à liderança na inovação	91
Gráfico 13.1: Aspectos relacionados ao apoio na inovação	93
Gráfico 13.2: Aspectos relacionados ao apoio na inovação	93
Gráfico 13.3: Aspectos relacionados ao apoio na inovação	94
Gráfico 14: Aspectos relacionados à obtenção de recurso	95
Gráfico 15.1: Aspectos relacionados ao engajamento na inovação	96
Gráfico 15.2: Aspectos relacionados ao engajamento na inovação	97
Gráfico 16.1: Aspectos relacionados à comunicação na inovação	98
Gráfico 16.2: Aspectos relacionados à comunicação na inovação	99
Gráfico 17: Aspectos relacionados às dificuldades e impedimentos	100
Gráfico 18: Aspectos relacionados à gestão de conflitos	101
Gráfico 19: Facilidade em saber com antecedência os passos corretos e necessários para desenvolver esta inovação	103

Gráfico 20: Afirmação se tinha alguma certeza de que a inovação iria dar certo	103
Gráfico 21: Na fase de inovação que se participou, com que frequência surgiram problemas difíceis de serem resolvidos	104
Gráfico 22: Afirmação se os problemas eram diferentes cada vez que surgiram	104
Gráfico 23: Afirmação se durante a fase de inovação que você participou, o seu trabalho aumentou	105
Gráfico 24: Afirmação de qual antecedência você sabia o tipo de trabalho que seria cobrado de você	105
Gráfico 25: Tempo que você acredita que a parceria entre o seu grupo e outros grupos que participaram da inovação durou	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Abordagens da Inovação	43
Quadro 2 - Modelo de Henderson-Clarck	47
Quadro 3 - O processo de Inovação	56
Quadro 4 - Fatores condicionantes do meio inovador: lista integral	58
Quadro 6 - Tipos de Respostas possíveis na Metodologia MIS	67
Quadro 7 - Outras características encontradas nos HU's da Rede EBSEH pela pesquisa	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Teste estatístico Cronbach's Alpha para o questionário de planejamento estratégico	82
Tabela 2: Perfil sociodemográfico	82
Tabela 3: Estatística descritiva da idade e o tempo de HU	83
Tabela 4: Distribuição de frequência nos itens relacionados à inovação	85
Tabela 5: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao desenvolvimento da inovação que foram atingidas	87
Tabela 6: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao desenvolvimento da inovação que não foram atingidas	88
Tabela 7: Distribuição de frequência nos itens relacionados à liderança na inovação	89
Tabela 8: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao apoio na inovação	91
Tabela 9: Distribuição de frequência nos itens relacionados à obtenção de recurso	94
Tabela 10: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao engajamento na inovação	95
Tabela 11: Distribuição de frequência nos itens relacionados à comunicação na inovação	97
Tabela 12: Distribuição de frequência nos itens relacionados às dificuldades e impedimentos	99
Tabela 13: Distribuição de frequência nos itens relacionados à gestão de conflitos	100
Tabela 14: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao planejamento e execução a inovação	101
Tabela 15: Comparação das dimensões	106
Tabela 16: Teste de comparação múltipla de Kruskal-Wallis nos domínios	107
Tabela 17: Análise de correlação das dimensões estudadas	108

LISTA DE SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
<i>GE</i>	<i>General Electric Company</i>
HC-UFGM	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HC-UFTM	Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
HDT	Hospital de Doenças Tropicais
HEUFPeI	Hospital Escola da Universidade de Pelotas
HU/UFGD	Hospital Universitário da Grande Dourados
HUBFS	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
HUCAM	Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes
HUJM	Hospital Universitário Júlio Müller
HUMAP	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
HUs	Hospitais Universitários
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
HU-UFJF	Hospital Universitário da Universidade de Juiz de Fora
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INAMPS	Assistência Médica da Previdência Social
MCO	Maternidade Climério de Oliveira
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
<i>MIRP</i>	<i>Minnesota Innovation Research Program</i>
<i>MIS</i>	<i>Minnesota Innovation Survey</i>
MS	Ministério da Saúde
MVFA-UFPR	Maternidade Victor Ferreira do Amaral
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
SI	Sistema de Informação

SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<i>SURVEY</i>	Tradução da palavra Questionário para o Inglês
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	21
1.2	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	23
1.3	OBJETIVOS	23
1.3.1	Principal.....	24
1.3.2	Secundários	24
1.4	JUSTIFICATIVAS TEÓRICO-EMPÍRICAS	245
1.5	ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	256
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1	ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES.....	27
2.1.1	Histórico do sistema de saúde no Brasil	28
2.1.2	Organização hospitalar	31
2.1.3	Classificação dos hospitais	32
2.1.4	Hospitais Universitários.....	34
2.1.5	Tipos de acesso	37
2.1.6	Tipos de Atendimento oferecido.....	37
2.2	A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH.....	38
	2.2.1 Estrutura organizacional	40
2.3	INOVAÇÃO	42
2.4	MODELOS DE INOVAÇÃO	46
2.4.1	Modelos estáticos.....	46
	<i>a) Modelo de Henderson-Clarck.....</i>	<i>46</i>
	<i>b) Modelo de Abernathy-Clarck.....</i>	<i>47</i>
	<i>c) Modelo de mudança de ruptura tecnológica.....</i>	<i>48</i>
	<i>d) Modelo da cadeia de valores agregados à inovação.....</i>	<i>49</i>
	<i>e) Modelo de Teece.....</i>	<i>50</i>
	2.4.2 Modelos Dinâmicos	50
	<i>a) Modelo de Utterback.....</i>	<i>51</i>
	<i>b) Modelo Tushman-Rosenkopf do Ciclo de Vida da Tecnologia.....</i>	<i>52</i>
	<i>c) Modelo de Foster – Curva S</i>	<i>53</i>
2.5	MINNESOTA INNOVATION RESEARCH PROGRAM (MIRP)	54
	2.5.1 O modelo Minnesota Innovation Survey (MIS)	55

3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	62
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	63
3.2	POPULAÇÃO, AMOSTRA E UNIDADE DE ANÁLISE.....	65
3.3	TIPOS, COLETA E ANÁLISE DE DADOS	66
3.3.1	Tipos de dados.....	67
3.3.2	Etapas da coleta de dados	67
3.3.3	Tratamento dos dados	69
3.3.4	Limitações da Pesquisa.....	70
4	ANÁLISE DA REALIDADE INVESTIGADA.....	71
4.1	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA – HUBFS/UFPA ..	71
4.2	HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS – HDT/UFT	71
4.3	MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA – MCO/UFBA.....	72
4.4	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES – HUOL/UFRN.....	72
4.5	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – HUUFMA	73
4.6	MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCIO – MEJC/UFRN	74
4.7	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – HU/UNIVASF	74
4.8	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM/UFMS.....	75
4.9	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE DE PELOTAS – HEUFPeI	75
4.10	MATERNIDADE VICTOR FERREIRA DO AMARAL – MVFA/UFPR.....	76
4.11	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO CASSIANO DE MORAES – HUCAM/UFES.....	76
4.12	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG.....	77
4.13	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – HC-UFTM	78
4.14	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE JUIZ DE FORA – HU- UFJF	78
4.15	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER – HUJM/UFMS.....	79
4.16	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN – HUMAP/UFMS	79
4.17	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE GRANDES DOURADOS – HU/UFGD.....	80
5	ANÁLISES E RESULTADOS.....	82
5.1	METODOLOGIA COMPUTACIONAL	82
5.2	<i>KRUSKAL-WALLIS</i>	82
5.3	CORRELAÇÃO DE PEARSON.....	82

5.4	CONFIABILIDADE DOS DADOS	83
5.5	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	83
5.6	INOVAÇÃO	87
5.7	METAS DEFINIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA INOVAÇÃO QUE FORAM ATINGIDAS	88
5.8	METAS DEFINIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA INOVAÇÃO QUE NÃO FORAM ATINGIDAS	89
5.9	LIDERANÇA NA INOVAÇÃO	90
5.10	APOIO NA INOVAÇÃO	92
5.11	OBTENÇÃO DE RECURSO	95
5.12	ENGAJAMENTO NA INOVAÇÃO	96
5.13	COMUNICAÇÃO NA INOVAÇÃO	98
5.14	DIFICULDADES E IMPEDIMENTOS	100
5.15	GESTÃO DE CONFLITOS	101
5.16	PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO A INOVAÇÃO	102
5.17	COMPARAÇÃO DAS DIMENSÕES	107
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS	113
	ANEXOS	122

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo abordará a contextualização do tema proposto para a pesquisa, seguido da definição do problema e a proposição de uma hipótese a ser observada, baseada nas características dos objetivos primários e secundários para a obtenção dos dados a serem levantados. Apresenta, também, as justificativas para o desenvolvimento da pesquisa e é finalizado com a apresentação estrutural da dissertação.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A busca pelo aprimoramento dos processos produtivos influenciada pela constante necessidade de promoção da qualidade nos produtos e/ou serviços e diretamente atrelada às áreas organizacionais da empresa, desencadeiam uma corrida por inovação. O impacto por meio da incorporação destas inovações no ambiente organizacional interno e externo, pode estimular, desde mudanças estruturais, até as de nível relacional e social da organização.

Assim, compreender como o desenvolvimento da tecnologia e da inovação se insere neste contexto, representa um desafio para as áreas de gestão. Tal desafio advém da contínua variação mercadológica e de gostos dos consumidores, enquanto realiza processos de aquisição de produtos, assim como na utilização de serviços (CAETANO; KURUMOTO; AMARAL, (2012).

Nestas circunstâncias de variabilidade e turbulência de mercado, evidencia-se o avanço do número de empresas buscando técnicas e ferramentas auxiliaadoras no processo gerencial, uma vez que essas são qualificadas para contribuir desenvolver a vantagem competitiva em relação ao mercado, especialmente através da sua inovação em produtos e serviços (SANT'ANNA et al, 2011).

Quando passamos a observar a importância dos estudos sobre inovação em Organizações Hospitalares, observamos que ela se consolida pelo fato de as empresas desta natureza compreenderem sistemas nos quais ocorrem complexas interações agentes provedores de serviços, usuários, gerentes, *stackholders* e propositores de políticas que, por meio dessas interações, será possível determinar os aspectos temporais, de direcionamento e o sucesso das inovações deste ramo (FARIAS; GUIMARÃES; VARGAS, 2012).

Corroborando com esse pensamento, Zuckerman, Margolis e Mate (2013) evidenciam a inovação na área de saúde aspectos de melhora e prevenção, favorecendo o diagnóstico e o

tratamento das doenças, redundando em diminuição da mortalidade em enfermidades. Os autores ainda abordam o termo clínico-inovador, representado por médicos que devem buscar oportunidades de inovação, através da identificação de problemas, barreiras no cuidado ou necessidades do paciente que não puderam ser atendidas e, a partir disso, criar soluções que possam ser testadas em pequena escala, aprimoradas e depois lançadas para a população.

No contexto hospitalar, as inovações ocorrem de forma intensa e dinâmica. Para Isidro-Filho, Guimarães e Perin (2011):

A inovação em serviços de saúde em geral e em hospitais em particular tem sido estudada com intensidade nos últimos anos, revelando o crescente interesse de pesquisadores sobre o tema. Há consenso entre estudiosos desse tema quanto ao caráter complexo e dinâmico das inovações em serviços de saúde, em especial no que se refere aos determinantes e às mudanças decorrentes de inovações.

Dessa maneira, uma compreensão completa da inovação contribui de forma efetiva para a identificação de fatores que afetam o processo inovativo e os respectivos efeitos sobre a organização hospitalar.

Assim, com o foco em conhecer e entender o processo de criação e gestão das inovações, bem como investigar as categorias ou variáveis que agem sobre os componentes dessa engrenagem, o *Minnesota Innovation Research Program – MIRP*, criado pela Universidade de Minnesota, nos Estados Unidos, desenvolveu uma metodologia de pesquisa a qual recebeu o nome de *Minnesota Innovation Survey – MIS*. Para os integrantes do *MIRP*, o processo de inovação abrange uma diversidade de eventos que decorrem da inter-relação e da interação entre as pessoas, internas ou externas à organização, para o desenvolvimento e implantação de novas ideias, as quais proporcionem o alcance de objetivos economicamente mensuráveis.

Tais eventos relacionam-se às alterações ocorridas em cada um dos componentes-chave do processo de mudanças, sendo estes: ideias, pessoas, mudanças e resultado. A alteração em qualquer um desses aspectos afetará os demais, em maior ou menor grau, uma vez que, no ambiente organizacional, as ideias partem de pessoas buscando, através das ligações entre os diversos grupos existentes na organização, mudanças as quais possam direcionar aos resultados.

Através da aplicação da metodologia *MIS*, foi realizada uma caracterização do ambiente de inovação em organizações prestadoras de serviços hospitalares. Essa metodologia compreende o ambiente inovador em 29 (vinte e nove) dimensões, a partir dos quais poderão

ser verificadas as inovações geradas e a influência e percepção dessas sobre os indivíduos que compõem os hospitais avaliados.

É importante observar, com relação ao método MIS, a sua pouca aplicação na área de gestão e inovação hospitalar.

1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Em se tratando de competitividade e crescimento para as organizações, um termo central que não pode ser excluído é “inovação”. Nessa senda, em ambientes hospitalares não poderia ser dessemelhante, onde mudanças de procedimentos podem afetar para a vida ou para a morte dos usuários de saúde (SILVA et al, 2010). Desta forma, diversas entidades hospitalares investem em inovações, como: aquisição de equipamentos e instrumentais para infraestrutura, treinamento de pessoal, Sistemas de Informação – SI, entre outros.

Machado (2004) aborda a questão da inovação como sendo ainda algo restrito quando se trata de aprendizado ou divulgação, no sentido de que esta é favorecida pelas particularidades organizacionais, percebendo-a como uma vantagem competitiva da própria corporação, não devendo desta forma ser repetida, tornando-se um segredo da instituição.

O fato citado acima pela autora deve ser contornado, ao tratar que o desenvolvimento da sociedade está ligado às inovações e essas ao longo do tempo, sendo propagadas na sociedade, de forma livre ou através de proteções, como as patentes. Dessa forma, os estudos realizados através da metodologia *MIS* buscam identificar os fatores propiciadores e incentivadores de inovações.

Ademais, com a finalidade de encontrar a existência de componentes dentro de um ambiente organizacional, impulsionando o desenvolvimento de inovações, o presente estudo apoiou-se sobre o seguinte questionamento:

Que características são necessárias para que uma organização hospitalar apresente um ambiente favorável à inovação, de acordo com o *Minnesota Innovation Survey (MIS)*?

1.3 OBJETIVOS

A seguir serão enunciados os objetivos principal e secundários da pesquisa.

1.3.1 Principal

Caracterizar, através da metodologia *Minnesota Innovation Survey*, os fatores condicionantes de um ambiente de inovação em Hospitais Universitários (HUs) pertencentes à Rede EBSEH, analisando se os mesmos apresentam-se propícios ao desenvolvimento de inovações.

1.3.2 Secundários

A fim de alcançar o objetivo principal, faz-se necessário considerar os seguintes objetivos secundários:

- ✓ identificar, a partir da aplicação do método *Minnesota Innovation Survey* (*MIS*), os principais fatores condicionantes e responsáveis por fomentar a inovação nos HU's;
- ✓ analisar, a partir da percepção dos entrevistados, a existência de dimensões desfavoráveis à inovação, de acordo com a metodologia *MIS* na organização em estudo;
- ✓ observar as relações entre as dimensões de inovação encontradas e sua contribuição para a construção de um ambiente favorável à inovação nos Hospitais Universitários pesquisados.

1.4 JUSTIFICATIVAS TEÓRICO-EMPÍRICAS

O investimento em inovação é, conforme citado, uma estratégia ímpar para países e organizações de todos os portes que buscam por diferenciais competitivos. Este fato já engloba as organizações prestadoras de serviços de saúde, principalmente hospitais, onde a existência de concorrência e modernização das estruturas trazem consigo a necessidade de melhorias constantes quanto aos serviços prestados bem como à construção de diferenciais que possam lhe garantir a sobrevivência a longo prazo. Estas dificuldades aparecem, sobremaneira nas organizações hospitalares, devido à complexidade de sua gestão.

Sendo assim, este trabalho justifica-se por uma conjunção de fatores, os quais destacamos:

- ✓ em termos teóricos, no sentido de que o estudo almeja contribuir para o aperfeiçoamento do campo científico, compreendendo a existência de diversas áreas ainda carentes de estudos investigativos acerca da inovação;

- ✓ quanto à face prática, uma vez que o entendimento das dimensões destinadas a tornar um ambiente favorável à inovação podem apoiar as tomadas de decisões e ações por parte dos gestores para promover sua consolidação;
- ✓ por não ter-se conhecimento de um estudo semelhante no setor de saúde, especialmente numa Rede Hospitalar;
- ✓ em razão de entender que estudar o ambiente de inovação em organizações referência em pesquisa e tecnologia na área de saúde, nas principais regiões de nosso país, será de grande importância para o desenvolvimento socioeconômico de cada uma delas.

A partir da percepção de diversos aspectos contribuintes a justificativa de realização deste trabalho, compreende-se a formação de um alicerce de suporte para pesquisa a ser realizada.

1.5 ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A estrutura deste trabalho apresenta-se em 6 (seis) capítulos: **Introdução, Fundamentação teórica, Procedimentos metodológicos, Análise da realidade estudada, Análises e resultados** e, por fim, **Considerações finais**. No capítulo 1, Introdução, foi realizada uma breve contextualização do tema a ser abordado, a definição do problema de pesquisa, os objetivos, tanto principal como específicos, e as justificativas teórico-empíricas.

O capítulo 2 apresenta a fundamentação teórica, seção em que é apresentada uma revisão literária, englobando importantes conceitos referentes às organizações hospitalares, inovação, os modelos de inovação, bem como o grupo de pesquisa *MIRP* e a metodologia por eles desenvolvida, *MIS*.

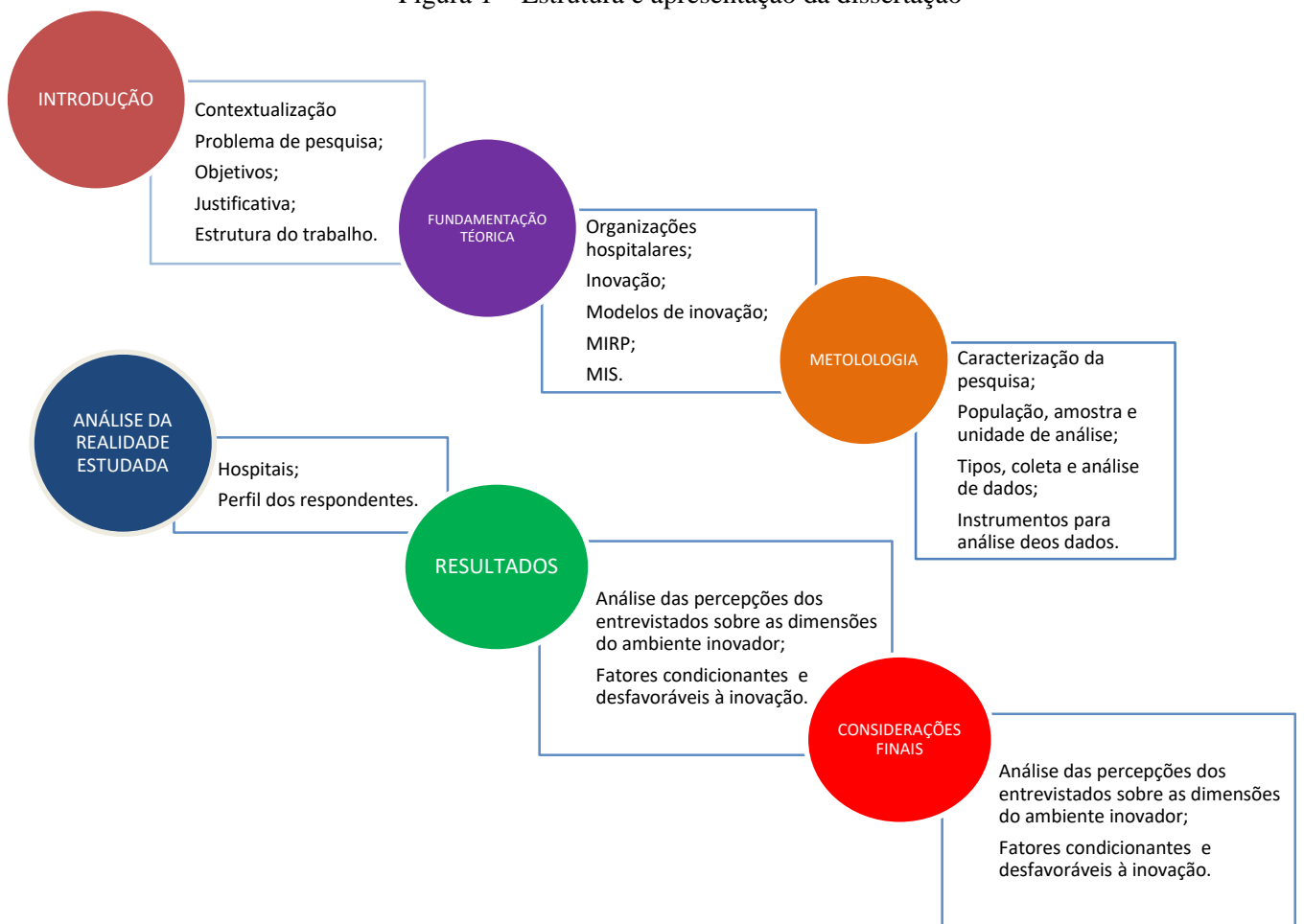
No capítulo 3, são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, expondo todos os passos para a operacionalização da pesquisa. Ainda, são realizadas a caracterização da pesquisa, a definição da população, da amostra e da unidade de análise, bem como os tipos, formas de coleta e instrumentos utilizados para a apreciação dos dados.

A análise das realidades investigadas é apresentada no capítulo 4, a partir da caracterização dos hospitais avaliados, levando a um conjunto de informações importantes que permitirão compreender aspectos em comum de cada hospital. Também é observado o perfil dos respondentes da pesquisa e realizada a análise da percepção dos entrevistados sobre as dimensões do ambiente inovador.

O capítulo 5 apresenta os resultados alcançados do presente estudo. Já no Capítulo 6, evidenciam-se as considerações finais do trabalho, as limitações da pesquisa, bem como indicações de continuidade da investigação ora iniciada. Por fim e, acompanhando as etapas anteriores, apresentam-se os referenciais bibliográficos e os anexos.

Para uma melhor compreensão e fácil visualização do que foi proposto no trabalho, sua estrutura está delineada na Figura 1, disposta a seguir.

Figura 1 – Estrutura e apresentação da dissertação



Fonte: Elaborado pelo autor (2017)

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão abordados os principais elementos da fundamentação teórica, resgatando os aspectos históricos, estruturais, formas de acesso e de atendimento oferecidos pelas organizações hospitalares ao longo do tempo e chegando até a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), campo de pesquisa desta dissertação.

Ainda, lança mão de conceitos sobre inovação e seus modelos empregados nos mais diversos tipos de organizações e objetivos, finalizando com a descrição da metodologia *MIS – Minnesota Innovation Survey* – técnica utilizada na pesquisa.

2.1 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

O termo hospital origina-se do latim, *hospitium*, e significa o local onde as pessoas se hospedavam, em referência aos estabelecimentos fundados pelo clero, a partir do século IV d.c., cuja finalidade era prover cuidados a doentes e oferecer abrigo a viajantes peregrinos (GONÇALVES, 1983).

Por sua vez, Foucault (2000) lembra que existem vestígios da existência dos hospitais há milênios, em diversas civilizações, com funções muito variadas: desde instituições de caridade para refúgio, pensão até estabelecimentos voltados aos necessitados, idosos e enfermos. Sendo assim, nota-se que essas instituições eram vinculadas à morte e ao isolamento social, e não à cura. Vale salientar que essas funções persistiram até os primórdios do século XX.

Já na Renascença, o hospital começa a se desvincular de forma gradativa, mas não totalmente, das organizações religiosas para caracterizarem-se instituições sociais, sob a responsabilidade do Estado, passando a ter metas primeiramente sociais, ao invés de religiosas (TREVIZAN, 1988).

De acordo com Seleme (1988), nesse mesmo período a medicina muda de “medicina da crise” para “medicina do meio ambiente”, já que neste momento o meio circundante começa a ser importante para ela, e se soma à reorganização dos hospitais. O médico passa a ter responsabilidades sobre o fluxo de trabalho relativo às doenças e pela organização do hospital, assumindo o papel de instrumento de cura, com criações de novas condições ambientais de isolamento e tratamento. Dos anos 30 aos 50, o conhecimento expandiu-se e proliferou a especialização. Já entre década de 1960 até o início da década de 1970, o hospital

comunitário deixa de ser apenas um lugar de trabalho dos médicos e passa a funcionar como um centro de saúde para diagnosticar e tratar a comunidade, com uma equipe de profissionais de saúde (JOHNSON; SCHULZ, 1979).

Por seu turno, o Ministério da Saúde (2011), seguindo a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), sugere uma conceituação de hospital como um estabelecimento assistencial, com no mínimo cinco leitos, destinado a promover, diagnosticar, tratar e proteger a saúde, recuperando e a reabilitando doentes, em regime de internação ou de não internação, no caso de ambulatório ou outros serviços.

Para Gonçalves (1983), o hospital é uma organização completa por incorporar o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia, os quais são representados pelas instalações e equipamentos. Neste início de século, o desenvolvimento da tecnologia médico-hospitalar, a grande expansão dos conhecimentos, a ampliação progressiva do campo de atuação dos profissionais de saúde e a acentuada diversificação das especialidades médicas são alguns dos principais fatores transformadores do hospital em uma instituição bastante dinâmica (CARNELUTTI, 2006).

Essas organizações hospitalares constituíam os mecanismos de oferta de assistência curativa às populações possuidoras de acesso e formavam a infraestrutura para o atendimento e combate aos agravos de doenças existentes.

2.1.1 Histórico do sistema de saúde no Brasil

No Brasil, a assistência médico-hospitalar tem início com a fundação das Santas Casas de Misericórdia. Tais organizações eram ligadas à Igreja Católica, com finalidades de caridade e filantropia. Essas instituições foram criadas em Portugal, em 1498, com o objetivo de proporcionar auxílio espiritual e material aos necessitados, tendo sido um modelo amplamente difundido nas colônias portuguesas (MARQUES, 2005). Registros apontam a Santa Casa de Santos como o mais antigo hospital no Brasil, fundada por Braz Cubas, em 1543 (ISCMS, 2016).

A estrutura do sistema público de saúde brasileiro iniciou-se em 1923, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, sociedades civis organizadas por empresas que ofereciam benefícios, auxílios pecuniários e assistência médica. Essas foram substituídas, a partir de 1930, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, os quais atuavam como autarquias, com ampliação do controle do Estado sobre o sistema, organizados por categorias profissionais e estabelecendo benefícios igualitários para cada uma delas (MAIA, 2010).

Ainda em 1930, o governo federal cria o Ministério da Educação e Saúde com as seguintes finalidades e características apresentadas por Pinotti (1997, p. 6):

o novo ministério, voltado essencialmente para a realização de campanhas sanitárias de forma centralizada em nível nacional, buscava impor aos estados e municípios uma estrutura de assistência às doenças endêmicas, em dispensários, por patologia, e posteriormente, em unidades polivalentes – os centros de saúde.

A partir dos anos 1930, com a criação do sistema de previdência, intensificado na década de 1950, as organizações hospitalares privadas com fins lucrativos tomaram corpo e ganharam poderio econômico, tornando-se importante vendedor de serviços hospitalares ao governo federal, prestando assistência especializada de alto custo e de baixo impacto sobre a saúde coletiva. Uma vez tendo se chegado o limite de compra de serviços hospitalares privados, foram erguidos imensos hospitais federais e para trabalharem neles foram contratados profissionais de saúde a baixos salários.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que surgiu a partir da divisão do então Ministério da Educação e Saúde. Tal Ministério foi desdobrado em: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura, mas só a partir de 1960 houve uma preocupação maior, por parte das autoridades, em relação ao planejamento e organização dos hospitais, ficando o Ministério da Saúde responsável pela implementação de uma política hospitalar no país. Em 1967, os IAPs são unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, estabelecendo-se a uniformização dos benefícios para todos os contribuintes em todo o território nacional. Nesse momento, a assistência médica passa a ser considerada obrigatória, sendo provida a todos os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho e a seus dependentes.

Já em 1977, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, visando criar ajustes ao setor, sendo parte dele o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, órgão destinado a coordenar as atividades médicas.

Maia (2010) destaca que, no início da década de 1980, o sistema médico previdenciário de assistência à saúde mostrava sinais de sufocamento, tanto pela inoperância dos serviços prestados quanto pela crise de financiamento advinda da recessão econômica do período. Sendo assim, em 1981, cria-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, com a finalidade de propor normas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária (BERTOLLI FILHO, 1999).

O CONASP elabora o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, o qual propõe três medidas básicas as quais vão compor os conceitos fundamentais do Sistema Único de Saúde – SUS (PINOTTI, 1997):

- ✓ integração e articulação dos serviços de saúde nos diferentes níveis de governo, com priorização da sua capacidade instalada;
- ✓ racionalização e restrição à compra de serviços de terceiros;
- ✓ busca de um maior compromisso da assistência previdenciária com os serviços básicos de saúde, criando articulação e integração da estrutura da saúde pública com a medicina previdenciária.

Em julho de 1987, é aprovado o Decreto nº 94.657, instituindo o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um programa governamental orientado às estratégias de transição dos sistemas então existentes (saúde pública e previdenciária) para um sistema integrado, gerido de forma descentralizada pelos estados e municípios, tendo como perspectiva futura um sistema (público) único de saúde.

A partir da Constituição Federal de 1988, surge então uma nova concepção de sistema de saúde conhecido como SUS (Sistema Único de Saúde), organizado de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Os princípios norteadores do SUS buscaram conformar uma estrutura de prestação de serviços em saúde, a fim de reverter a lógica anterior de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (MERCADANTE, 2002; NASCIMENTO; ZION, 2010).

Na concepção de Rivera (1989), a criação do SUS tem sido vista como a reforma mais bem sucedida na área social, implantada sob um novo regime democrático. Em sua formação, pode-se identificar a organização de um significativo movimento sanitaria surgido em meados da década de 1970, em um contexto marcado pela resistência social a uma política de regime autoritário. A questão saúde, assim como outras lutas da sociedade brasileira por liberdades civis e bens coletivos capazes de amenizar as desigualdades de renda e de acesso a serviços públicos, foi um dos pilares da luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980.

Com as mudanças no sistema de saúde presente no Brasil, foram necessárias também alterações na condução das organizações hospitalares ao longo do tempo. A seguir, aborda-se a forma como essas organizações estão estruturadas.

2.1.2 Organização hospitalar

O hospital é uma organização que possui características próprias, diferenciando-o de outras instituições. Murray e Vanalle (2002) caracterizam o hospital como uma empresa de prestação de serviços de finalidade social, com uma grande complexidade operacional, em função da diversidade dos serviços prestados. Esses autores ressaltam ainda que, além da prestação de serviços, o hospital agrega mais quatro setores: a hotelaria, a farmácia, a lavanderia e o serviço de nutrição e dietética, para a alimentação de pacientes e funcionários.

Gurgel e Vieira (2002), por sua vez, afirmam ser a organização hospitalar uma das mais complexas, não pela nobreza da sua missão, mas por apresentar uma equipe multidisciplinar com autonomia para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador aos pacientes. O hospital é diferente das demais organizações por apresentarem atividades que possuem características próprias, por se tratar de uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada. Para funcionar de forma correta, esta deve apresentar uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros (CARNELUTTI, 2006).

Feuerwerker e Cecílio (2007) destacam a atenção ao paciente dentro do hospital dependente do trabalho de uma gama de profissionais, sendo assim o cuidado recebido pelo usuário dos serviços produto de um grande número de pequenos cuidados, complementares, a partir da interação entre os vários cuidadores. Há uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, dentro de um processo de complementariedade entre eles, compondo o cuidado em saúde. Portanto, a necessidade de tomar decisões a todo o tempo é um desafio permanente dos profissionais que atuam nas diversas áreas do hospital.

O hospital é assim considerado uma organização profissional ou burocracia profissional (MINTZBERG, 2003), na qual o trabalho está centrado nas habilidades e nos conhecimentos dos profissionais.

Para Gerges (1994), a fragmentação nas linhas de comando nos hospitais entre as profissões ali concentradas identifica a existência de três grandes agrupamentos: a medicina, a enfermagem e o corpo administrativo. Nesta seara, fica evidente a complexidade do processo decisório no hospital, uma vez que existem diferentes pontos de vista e interesses a serem contemplados.

Em muitos hospitais, a gestão de grande parte das funções administrativas ainda é realizada por profissionais ligados à área da saúde, não havendo ainda uma cultura voltada para a contratação de profissionais especializados em finanças, recursos humanos, compras,

dentre outros. Essa situação está mudando nos grandes hospitais privados, onde profissionais de outros segmentos estão atuando como gestores na área da saúde (MURRAY; VANALLE, 2002).

Machado e Kuchenbecker (2007) lembram que, desde a Segunda Guerra mundial, o mundo vem acompanhando avanços do conhecimento e da tecnologia em diversas áreas, e a saúde é uma delas. A terapia gênica, as técnicas minimamente invasivas e a telemedicina são exemplos da transformação do conhecimento e sua capacidade em elevar a qualidade de vida das populações, mas mesmo assim permanecem algumas doenças, como a hanseníase, tuberculose, malária e AIDS.

Pela ótica da gestão, acredita-se haver, tanto nos hospitais públicos quanto nas instituições de saúde privadas, a necessidade de serem geridos como qualquer outro tipo de empresa, isto é, voltados para redução de custos e despesas e melhoria das receitas. Para tanto, os hospitais são forçados a se reestruturar de maneira técnica e administrativamente, a fim de enfrentar o mercado no qual estão inseridos. Neste início de milênio, os serviços de saúde estão passando por processos de mudança no seu modo de gerenciar as ações, buscando atender as exigências da sociedade, cada vez mais bem informada sobre seus direitos e mais exigente em relação ao consumo das ações de saúde (RENNÓ; DINIZ; MAFRA, 2007).

Sendo assim, para que as organizações hospitalares, principalmente aquelas da área pública, acompanhem as mudanças estabelecidas pelas novas políticas públicas, avanço da tecnologia e exigências da sociedade, torna-se necessário o aprimoramento de seus processos de gestão. Para tanto, é relevante compreender as principais classificações destas entidades apresentadas na literatura.

2.1.3 Classificação dos hospitais

Existem, no mínimo, cinco classificações dos hospitais na literatura especializada, as quais podem ser vistas na Figura 2. A classificação dos hospitais brasileiros vai de acordo com o porte, a natureza, a especificidade, a complexidade das ações de saúde e o caráter de atendimento.

Para De Negri Filho, Barbosa e Yonekura (2012), esta classificação ocorre de acordo com o porte, sendo levado em consideração o número de leitos. Quando apresentar até 50 leitos, o hospital é considerado pequeno; de 51 a 150 leitos, é médio; entre 151 e 500 leitos, é grande; e acima de 501 leitos, é extra.

Quanto à natureza, os hospitais podem ser públicos, privados ou filantrópicos. Um hospital é de natureza pública quando mantido pelo governo, podendo apresentar por estrutura jurídica características de autarquia, de empresa pública, fundação e administração direta (CASTELAR, 1995); já os hospitais privados têm como fonte de receita o pagamento de serviços prestados, doações, seguro-saúde e convênios de medicina de grupo, cooperativas médicas, planos de administração e de autogestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; CARNELUTTI, 2006).

Os hospitais considerados filantrópicos são controlados por entidades sem fins lucrativos e religiosos, a exemplo de hospitais evangélicos e da Santa Casa de Misericórdia. Já os Hospitais Universitários são vinculados às instituições de ensino superior, podendo desenvolver ou não pesquisas.

Figura 2 – Classificação dos Hospitais



Fonte: Adaptado de Hékis (2012).

A classificação dos hospitais, quanto à suas especialidades, se dá em três tipos: geral ou multiespecializado, especializado e misto.

Comumente, os hospitais estão classificados por características denominadas: “geral” – prestadores de serviços em especialidades básicas, tais como: clínica médica e cirúrgica, pediatria e gineco-obstetrícia. Eles atendem uma ou mais especialidades e pacientes de todas as patologias, podendo ter limitação a um grupo etário ou a um determinado grupo da comunidade ou a uma finalidade específica (RIBEIRO, 1977).

Por outro lado, os hospitais classificados em “especializados” atuam na internação de pacientes de uma ou mais especialidades afins as quais podemos citar, por exemplo, as

maternidades, prestando serviços a uma especialidade definida e abrangente à suas diversas patologias. Por sua vez, os hospitais “mistos” possuem unidades denominadas mistas, estando voltados ao atendimento ambulatorial, apresentando poucos leitos e sendo, em geral, unidades públicas.

No tocante à complexidade das ações de saúde, os hospitais são classificados em: baixa, média e alta complexidade. Hospitais contendo limitações de recursos em tecnologia, reduzido poder de tratamento e diagnóstico são considerados de baixa complexidade; aqueles detentores de um porte tecnológico não muito avançado, mas capazes de gerar desempenhos suficientes em função de suas demandas um pouco mais diversas, são classificados como sendo de média complexidade; e, dentre os hospitais, há aqueles onde são geralmente empregadas altas tecnologias e poder de tratamento de situações de alto risco, como casos de transplantes, patologias graves são tidos como de alta complexidade (TORRES, 2003).

Em se tratando do caráter de atendimento, os hospitais podem ser classificados pela prestação de serviços: ambulatoriais, de internação e hospital-dia. Pequenos procedimentos e consultas rotineiras são as principais características dos hospitais com atendimento ambulatorial. Em casos de necessidade de maiores cuidados e um maior tempo de observação, o atendimento passa a ser considerado de internação, definindo este tipo de atendimento. Já as características do hospital-dia são daqueles prestadores de serviços em internação hospitalar de curta duração, não excluindo também a assistência ambulatorial.

A classificação descrita anteriormente abrange também os Hospitais Universitários, objeto deste estudo. Vale ressaltar a importância destes hospitais dentro da sociedade na qual estão inseridos, pois estão envolvidos numa dinâmica de prestação de serviços à comunidade, tanto nos aspectos da saúde, como também da pesquisa e do ensino. Têm-se, na sequência, os principais conceitos relacionados aos Hospitais Universitários.

2.1.4 Hospitais Universitários

A bibliografia especializada expõe diferentes terminologias que descrevem as unidades hospitalares ligadas ao ensino. Entretanto, vale ressaltar as diferenças existentes entre cada uma delas para melhor entender o papel dos Hospitais Universitários – HUs – no contexto hospitalar do Brasil.

Médici (2001) enfatiza a definição de um HU, no entendimento tradicional, como a extensão de um estabelecimento de ensino em saúde, a exemplo das faculdades de medicina, instituições responsáveis pelo treinamento universitário na área da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), em um seminário científico organizado em 1995 pela Organização Mundial da Saúde – OMS, ficou definido que um Hospital Universitário é um centro de atenção médica com ações de saúde de alta complexidade pois:

- ✓ tem papel imprescindível no atendimento médico de nível terciário;
- ✓ apresenta um forte laço em atividades de ensino e pesquisa relacionadas ao tipo de atendimento médico dispensado;
- ✓ atrai grande concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde;
- ✓ exerce um importante papel político na localidade de abrangência dadas a escala, dimensão e custo envolvido no processo de trabalho.

Os Hospitais de Ensino tiveram sua definição mais recente datada em abril de 2004 (embora muito utilizada), através da Portaria Interministerial de nº 1000 do MEC/MS, afirmando serem os hospitais de ensino instituições hospitalares atuando no campo da prática para as atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais e/ou especializados, de propriedade da instituição de ensino superior, pública ou privada, ou ainda formalmente conveniados a instituições de ensino superior.

A partir da referida portaria, fica evidenciada a terminologia utilizada para as organizações hospitalares ligadas ao ensino médico, como pode ser visualizado na Figura 3.

Figura 3 – Organizações Hospitalares: fronteiras conceituais

HOSPITAL ESCOLA	HOSPITAL AUXILIAR DE ENSINO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	HOSPITAL DE ENSINO
<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciados por Escolas Médicas isoladas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aqueles mesmo sem vinculação com Escolas Médicas ou Universidades, desenvolvem alguma atividade de apoio ao ensino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciados por Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituições hospitalares públicas ou privadas, integrando uma rede contratada ou conveniada ao SUS, embora certificadas pelo Ministério da Saúde e Educação como Instituições de Atenção à Saúde.

Fonte: Adaptado de Hékis (2012).

Os hospitais de ensino devem apresentar alguns pré-requisitos, destinados a haver uma formação adequada dos profissionais da área de saúde, sendo eles:

- ✓ abrigar atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de Medicina e atividades curriculares de outro curso de graduação superior da área de saúde;
- ✓ abrigar programas de residência médica regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica;
- ✓ garantir, por iniciativa própria e/ou por meio de convênio firmado com a instituição de ensino superior ou ainda apresentar projeto institucional, o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa.

Dentre os hospitais classificados como de ensino, existe um grupo bem restrito, descrito como aquele vinculado às Instituições Federais de Ensino Superior – IFES, a exemplo dos hospitais das principais regiões avaliadas nesta dissertação. De acordo com o Ministério da Saúde, a conexão desses hospitais com a universidade se dá sob a forma de unidade suplementar, com financiamento compartilhado paritariamente entre as áreas de saúde e da educação, em um sistema de pactuação que inclui o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Para Médici (2001), a autonomia do funcionamento dos Hospitais Universitários vem sofrendo grandes modificações, tanto no tocante às funções definidas nos sistemas de saúde, quanto à subordinação, progressiva, à lógica desses sistemas. A saber, os Hospitais Universitários, nas duas últimas décadas do século XX, vivenciaram uma crise crônica.

Vasconcelos (2004) destaca que o modelo burocrático e hierárquico para articular a gama de serviços e suportar, de forma racional, com o gigantismo da organização, mostrou-se inadequado. Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Gerges (1994) destaca a complexidade do sistema administrativo dessas organizações, devido à heterogeneidade de poder existente entre os membros da direção geral, da medicina, da enfermagem e da administração.

Além disso, a presença de um grande número de pessoas que exercem atividades diferentes, abrangendo desde funcionários da instituição até alunos de diversificados níveis de ensino e cursos, torna esse tipo de hospital um sistema de maior complexidade e dificuldade de ser gerenciado em relação às outras instituições.

Corroborando isso, Hékis (2012) afirma serem estes hospitais responsáveis:

- ✓ pela formação de profissionais da área de saúde, tanto em nível de graduação, como de pós-graduação;
- ✓ por formular e implementar novos modelos de assistência, gestão de trabalho e gestão hospitalar;

- ✓ por produzir e difundir conhecimentos, como por exemplo a assistência especializada à saúde, tornando-se um local apropriado para realizar, descobrir e divulgar novos procedimentos os quais expressam a reorganização do trabalho na área da saúde.

2.1.5 Tipos de acesso

Dentro da realidade dos Hospitais da Rede EBSEH, os usuários do SUS que utilizam os serviços disponibilizados pela unidade hospitalar podem assumir características diversas, em função do tipo de acesso oferecido por cada hospital, são elas:

- ✓ **Demanda Espontânea** – também conhecida como Porta Aberta, refere-se a qualquer tipo de atendimento sem prévio agendamento, em função de uma necessidade específica do usuário onde, conforme Inojosa (2005), “pode ser uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência”.
- ✓ **Demanda Referenciada ou Programada** – conforme Velloso (2012) e Friederich e Pierantone (2006), os serviços oferecidos pelas unidades de assistência deverão ser agendados previamente, a fim de organizar-se de forma programada o atendimento aos pacientes em um determinado período, por meio de relações de referência e contrarreferência. Segundo Costa et al (2015), o usuário é encaminhado, geralmente de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), para uma ofertante de especialidades de maior complexidade conforme o caso e, após ser atendido na unidade especializada, retorna à sua origem com informações mais detalhadas de seu caso, criando, assim, uma rede de cuidado compartilhada, no intuito de se manter os pressupostos de integralidade da atenção e formando-se uma cadeia de comunicação entre os prestadores de serviços.

2.1.6 Tipos de Atendimento oferecido

- ✓ **Urgência** – conforme Romani et al (2009), a característica da urgência se dá pela necessidade de uma intervenção rápida sobre uma determinada situação, embora esta ação possa ou não prefigurar um potencial risco de morte.
- ✓ **Emergência** – ainda segundo Romani et al (2009), destaca-se neste caso, uma necessidade de intervenção rápida, urgente, por assumir o paciente uma condição

imprevista de agravo à sua saúde, necessitando de uma ação efetiva em virtude de um risco iminente à vida ou até mesmo causa de intenso sofrimento.

2.2 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH foi criada pela Lei Federal 12.550 de 15/12/2011, com a finalidade de administrar instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, incluindo Hospitais Universitários federais e hospitais das três esferas de governo (ANDREAZZI, 2013).

A partir desta concepção, mudanças estruturais deverão ser instituídas e readequadas ações e gerenciamento, promovendo uma transformação que, segundo a autora mencionada, modificariam o *modus operandi* de um hospital público. Aspectos como retorno financeiro das atividades desempenhadas pelo hospital seriam revistos porque as ações executadas por estas instituições têm em sua base estrutural a assistência, incluindo o ensino, a pesquisa e a extensão. E o fazer sobre estas ações resultaria na busca de fontes de financiamento, atrelados a controles mais rigorosos de custos operacionais.

A concepção da empresa traria aos gestores o desafio de encontrar um novo modelo de gestão para os hospitais públicos de ensino, na tentativa de se desvencilhar da atual Administração Direta, superada e esgotada pela sua rigidez e burocracia excessivas (BARROS, 2013). Seria como definir um novo modelo capaz de proporcionar à administração impulso para eficiência, maior controle financeiro, descentralização e busca pela excelência (IBANEZ; VECINA NETO, 2007).

A EBSEH deveria atuar no setor de serviços públicos como uma empresa sustentável, com ações estratégicas definidas, organização própria e seguindo um modelo de gestão bastante utilizado pelas políticas econômicas desenvolvimentistas, aquelas onde o Estado assume o papel de ser um “Estado-empresa”, capturando os valores hospedados na reprodução social, ou seja, uma visão de gestão mercadológica para reger as políticas sociais (SODRE et al, 2013). No entanto, mantêm-se as finalidades previstas pelas empresas estatais, as quais podem assumir dois objetos de atuação: a prestação de serviços públicos ou a execução de atividade econômica de interesse público (MEIRELLES, 2010).

A EBSEH tem como missão pressupostos para a promoção da prestação de serviços com excelência, qualidade, atrelado ao desenvolvimento científico, tecnológico e de formação

profissional. Sua visão se baseia no objetivo de conquistar da sociedade o reconhecimento como empresa referência na atenção à saúde e em gestão hospitalar¹.

Assim, para a concretização deste modelo gerencial, alguns eixos estratégicos da empresa foram formulados a fim de conduzir todo o processo gerencial da empresa de forma inovadora. O primeiro eixo relaciona-se com a atenção à saúde, por ser esta uma atividade-fim dos Hospitais Universitários, não podendo esquecer o ensino, a pesquisa e a extensão, como atividades paralelas.

O segundo eixo está ligado à operacionalização com vistas à organização de recursos, processos e suporte à execução das atividades-fim da empresa. Por conseguinte, o terceiro eixo volta-se para a formação profissional buscando fornecer aos Hospitais Universitários condições adequadas para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão universitária, tornando as próprias instituições campo de prática e suporte para estas atividades, buscando criar ambientes de inovação em todas as suas áreas².

E por falar em inovação, para acompanhar o desenvolvimento assistencial da instituição, está sendo implantado em todas as filiais da empresa, o Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários – AGHU, um sistema computacional com mais de 60 módulos, aplicativo este adquirido do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS – HCPA, detentor desta tecnologia há mais de 25 anos. Desta forma, a EBSEH sede poderá monitorar todas as ações assistenciais aos usuários do SUS, pacientes de cada filial, e definir estratégias de atuação nesta área. Todo um aparato tecnológico também está sendo implementado, a fim de atender às necessidades de cada instituição e promover condições necessárias para viabilizar a utilização desta ferramenta de gestão hospitalar (MEC, 2016).

A EBSEH traz consigo um conjunto de inovações administrativas, de infraestrutura e de recursos tecnológicos com o objetivo de tornar a empresa moderna, eficiente e eficaz em todo seu processo produtivo, englobando a atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde, o compromisso com a sociedade, assim como com as universidades ligadas aos Hospitais Universitários agregados à empresa e, também, com os profissionais colaboradores da empresa participantes desse novo modelo de gestão voltado para o crescimento profissional.

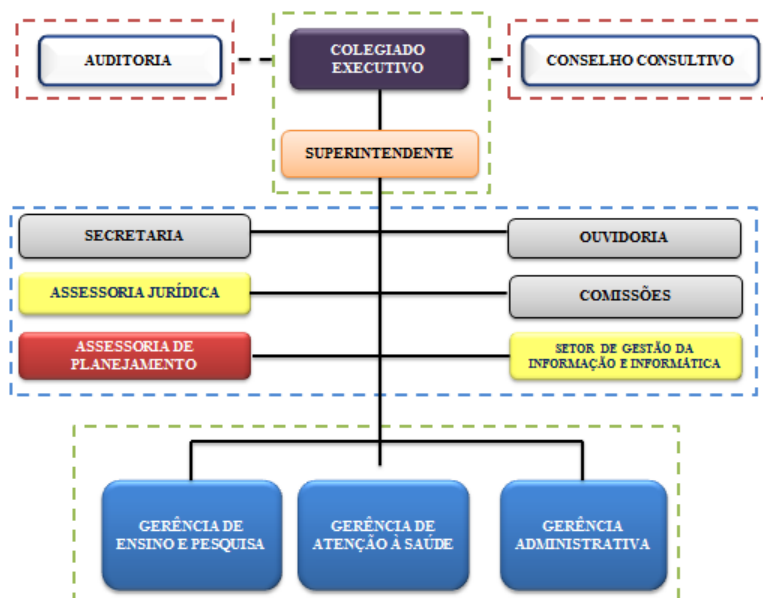
¹ Além da missão e visão da empresa, valores são definidos a partir destes elementos constituintes, sempre focando a qualidade dos serviços prestados, compromisso com a população num processo de humanização e atenção dispensadas e com seus colaboradores, especialmente na formação, qualificação e valorização do profissional, a fim de garantir a prestação de serviços de excelência. <http://ebserh.mec.gov.br/a-ebserh/missao-visao-e-valores>

² Estes eixos estruturantes se desdobram em objetivos que convergem para os elementos constituintes da empresa: a missão, visão e valores organizacionais.

2.2.1 Estrutura organizacional

Uma das grandes novidades implementada pela empresa foi o estabelecimento de uma estrutura organizacional condizente com a realidade de cada hospital conveniado. Nesta hierarquia verticalizada, mas adotando possibilidades de interações horizontais entre os setores desenvolvidos, permitem um fluxo de comunicação mais amplo. A Figura 4, a seguir, apresenta uma visão macro de uma organização padrão definida em cada unidade da Rede EBSERH.

Figura 4 – Estrutura Organizacional básica da EBSERH



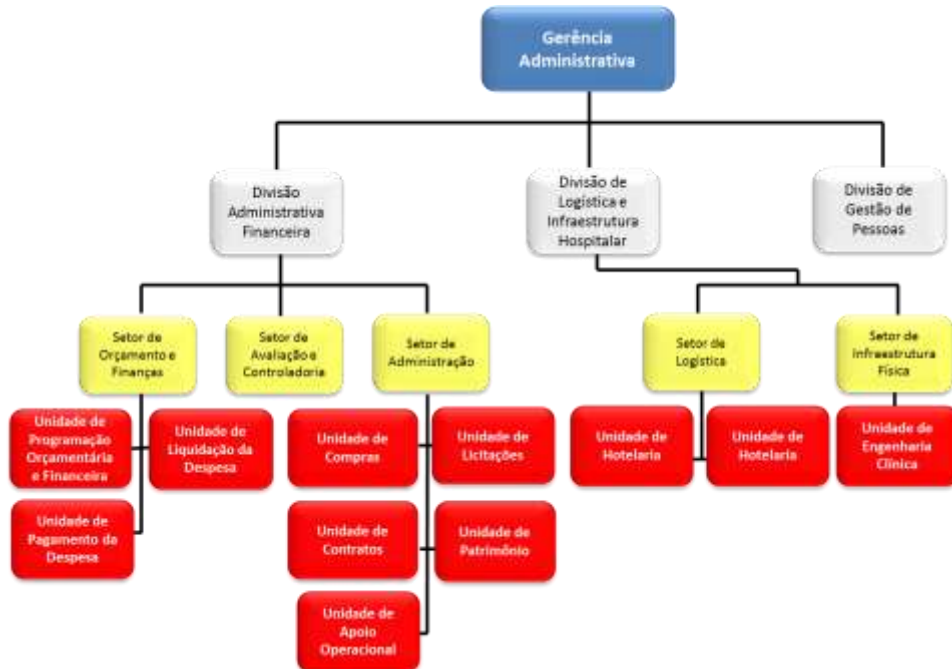
Fonte: EBSERH (2013).

Nesta hierarquia podemos destacar algumas estruturas de governança apontadas pela linha tracejada na cor verde, seguidas de órgãos de controle e fiscalização reconhecidos pela linha em cor marrom, além das competências de apoio à gestão demarcada pela linha de cor azul. É importante destacar o núcleo denominado Colegiado Executivo, funcionando como centro das decisões da empresa, composto por integrantes do Órgão de Apoio à Gestão e da Superintendência.

Neste projeto, parte das gerências constituintes do Órgão de Apoio à Gestão: Administrativas e de Atenção à Saúde, juntamente com o Gestor do Setor de Informação e Informática compuseram o grupo de participantes-respondentes da pesquisa sobre o método *MIS*. As Figuras 5 e 6 apresentam a constituição das Gerências Administrativas e de Atenção à Saúde quanto aos elementos participantes (Divisões, Setores e Unidades), formando uma

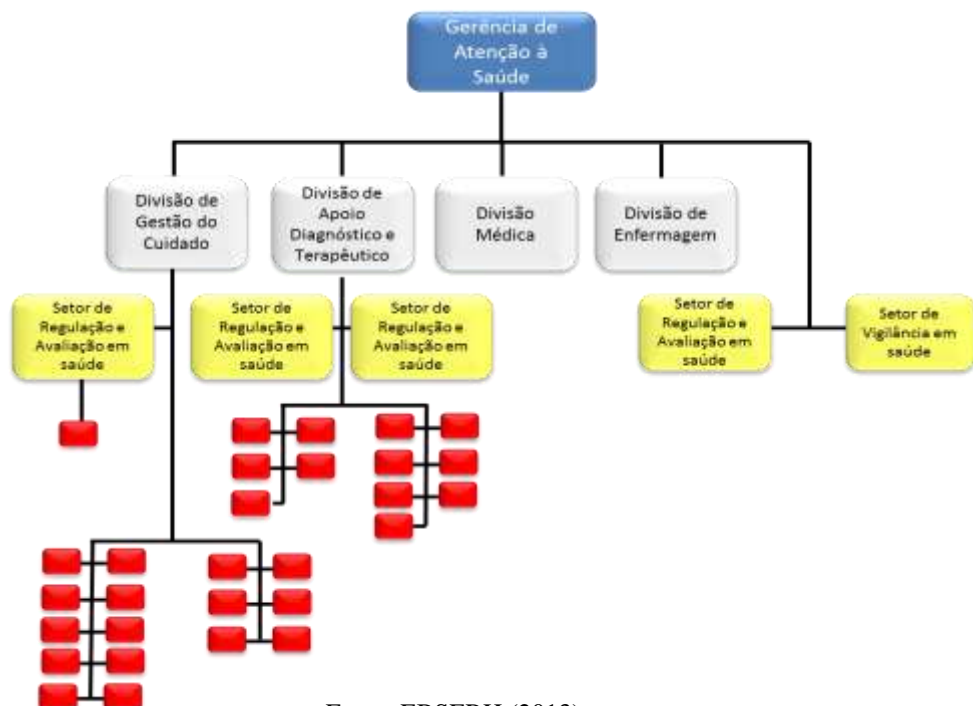
complexa infraestrutura de serviços e ações destinadas a desenvolver de forma mais abrangente a missão e os valores da empresa.

Figura 5 – Estrutura Organizacional da Gerência Administrativa



Fonte: EBSE RH (2013).

Figura 6 – Estrutura Organizacional da Gerência de Atenção à Saúde



Fonte: EBSERH (2013).

Desde a sua criação, a EBSEH tem avançado no número de adesões entre os Hospitais Universitários e a empresa ao longo do nosso País. O quadro atual dos HUs (Figura 7) filiados à Empresa nas principais regiões do Brasil demonstra o avanço da proporção tomada, em termos de capacidade instalada e de recursos adicionados ao ativo da empresa, criando uma grande rede de assistência hospitalar gerenciada por uma empresa privada.

Figura 7 – Mapa de Distribuição de HUs conveniados à EBSEH



Fonte: EBSEH (2016)

Como mostrado, os hospitais e a EBSEH são organizações atípicas, as quais fazem jus a estudos, atenção e pesquisas aprofundadas sobre os seus processos de gestão e inovação. Por esta razão, na sequência, destacamos aspectos conceituais de inovação e seus modelos.

2.3 INOVAÇÃO

A inovação ou *innovare*, segundo Barbieri et al (2004), tem como significado fazer algo novo, como também ser considerado um processo, no qual tem-se o objetivo de utilizar as oportunidades recém constuídas e poder transmuta-las em novas ideias, com a finalidade de serem colocadas em prática.

A abordagem de Schumpeter (1982) considera a inovação como sendo um elemento interno à empresa e, portanto, da economia. Dessa forma, a inovação transforma-se no propulsor para a evolução da empresa. Para este autor, o processo de inovação acontece a partir de três fases: invenção, inovação e difusão. Quando estas são desagregadas, passam a

constituir a pesquisa básica e pesquisa aplicada, desenvolvimento, engenharia, fabricação e consumo.

Schumpeter (1982) distingue ainda invenção de inovação, uma vez que a inovação pode acontecer sem ter sua origem na invenção, enquanto a invenção pode ser a descoberta e desenvolvimento de novos processos, novos bens e novos métodos. Já a inovação é descrita pelo mesmo, como sendo a “destruição criadora”, ou seja, a substituição de antigos produtos ou hábitos do consumidor por novos desejos e necessidades “ensinados pelo mercado. Para esse autor, a inovação caracteriza-se pela abertura de um novo mercado.

De maneira bastante similar, Drucker (1995) define a inovação como o ato de atribuir novas capacidades aos recursos, sejam elas para pessoas e processos existentes na organização, com o intuito de assim gerar riqueza. Outro ponto de vista é o do autor Afuah (1999) que afirma ser a inovação o uso de um novo conhecimento, seja ele tecnológico ou de mercado, buscando oferecer um produto ou mesmo um serviço novo aos clientes. Ainda segundo o autor, este “novo conhecimento” pode-se entender como algo ainda não foi utilizado ou até mesmo não ter existido anteriormente, caracterizando-se assim esta ideia de novo.

Considerando a inovação numa perspectiva mais abrangente, Schumpeter (1988) destaca a inovação em cinco abordagens descritas no Quadro 1, a seguir:

<p>Quadro 1 - Abordagens da Inovação</p> <p>As Cinco Abordagens da Inovação</p>	
Introdução de um novo bem	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nova qualidade do bem; ✓ Bem que os clientes ainda não conhecem.
Introdução de um novo método de produção	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método ainda não testado no ramo da indústria; ✓ Baseado numa descoberta científica.
Abertura de um novo mercado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ramo de atividade da indústria ainda não lançado no mercado.
Conquista de uma nova fonte de oferta de matérias-primas ou de bens semimanufaturado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Independe do fato da fonte já existir ou ainda vir a ser criada.
Aparecimento de uma nova estrutura ou em um setor	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Criação de um monopólio ou fragmentação de um monopólio.

Fonte: Adaptado de Schumpeter (1988).

Nesse contexto mais abrangente, elenca-se a inovação em três diferentes características, as quais são listadas a seguir (VICENTI, 2006):

- ✓ **Inovação de Produtos ou Serviços:** desenvolvimento e comercialização de produtos considerados inéditos, focalizado na plena satisfação das necessidades dos consumidores;
- ✓ **Inovação em Processos e Tecnologia:** dá-se a partir do desenvolvimento de novos meios de fabricação ou manufatura, ou mesmo através de novas formas de prestação de serviços;
- ✓ **Inovação em Negócios:** surge a partir da introdução ou desenvolvimento de novas práticas ou metodologias de negócios, as quais possam ser vistas como vantagem competitiva.

Damanpour (1996), corroborando as caracterizações feitas por Schumpeter (1988) e Jonash e Sommerlatte (2001), define a inovação a partir da seguinte classificação:

- ✓ **Inovação em produto ou serviço:** inserção de novos produtos ou serviços, para atender da melhor forma as necessidades do mercado;
- ✓ **Inovação em processos tecnológicos:** através da inserção de elementos diferentes dos já existentes no processo de produção ou mesmo no oferecimento de serviço aos clientes;
- ✓ **Inovação na estrutura organizacional ou sistemas administrativos:** refere-se ao aumento da complexidade dos processos requerendo o desenvolvimento de novas estruturas, com maior controle e coordenação.
- ✓ **Inovação em planos ou programas pertencentes aos membros:** adoção de novas práticas (projetos, processos, programas, políticas etc) usadas para o melhor desempenho da organização.

Segundo o Manual de Oslo (OCDE, 1997) a inovação pode ser definida como:

[...] a implementação de um produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado, ou um processo, ou um novo método de marketing, ou um novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas.

De acordo com Kotler e Armstrong (2000), uma estrutura voltada para a inovação deve dispor de meios a fim de possibilitar a geração sistemática de novas ideias com o intuito de aplicá-las em novos produtos. Tais ideias podem surgir de fontes externas (clientes, distribuidores e fornecedores, por exemplo) como também de fontes internas (funcionários) à organização, por meio de pesquisas e desenvolvimentos formais, tendo a participação de

engenheiros, cientistas, executivos, vendedores, pessoal de produção e outros profissionais em contato direto e que interajam com os consumidores.

As teorias também dividem a inovação de duas formas distintas, dependendo do quão diferente é o conhecimento adquirido daquele já existente e do provável impacto deste sobre o produto que está sendo lançado. Em primeiro lugar, destaca-se a inovação radical e, de acordo com Christensen (1997), pode ser definida como:

aquela que causa um impacto significativo em um mercado e na atividade econômica das empresas nesse mercado. O impacto pode, por exemplo, mudar a estrutura do mercado, criar novos mercados ou tornar produtos existentes obsoletos.

Em segundo lugar, a inovação pode ser dita incremental, quando há um aproveitamento do conhecimento existente para sua implementação, gerando melhorias que podem ser representadas por menores custos ou modestas alterações nos produtos, serviços ou processos já existentes (AFUAH, 2003; LASTRES; ALBAGLI, 1999).

Corroborando com os autores acima, Van de Ven et al (1999) destacam sobre as inovações radical e incremental, quando abordadas algumas inovações e classificadas em radicais, que estas podem mudar por completo a ordem das coisas, tornando antiquados os modos anteriores e talvez até mesmo mudando completamente a maneira de como se faz negócios. Entretanto, existem aquelas inovações caracterizadas por somente uma pequena alteração ou implantação de discretas melhorias sobre os negócios já existentes, assim chamadas inovações incrementais.

A partir dos conceitos expostos acima, acerca da inovação, este estudo irá adotar o conceito de inovação como sendo a geração e desenvolvimento de novos processos, práticas, produtos, projetos e negócios, os quais podem produzir resultados novos, radicalmente diferentes dos conhecidos na atualidade, ou mesmo resultados substancialmente modificados, a fim de atender às expectativas da instituição em conformidade com as demandas advindas do mercado (BARBIERI et al, 2004; SCHUMPETER, 1982; DRUCKER, 1995; AFUAH, 1999; SCHUMPETER, 1988; OCDE, 1997; VICENTI, 2006; DAMANPOUR, 1996; KOTLER 2000; ARMSTRONG, 2000; AFUAH, 2003; LASTRES 1999; ALBAGLI, 1999; VAN DE VEN et al, 1999).

Em se tratando das organizações hospitalares, o processo de inovação ocorre a partir de sua difusão através da comunicação em um contexto social, envolvendo indivíduos e grupos, os quais formam a organização (PEREZ; ZWICKER, 2007).

2.4 MODELOS DE INOVAÇÃO

A literatura apresenta diversos conceitos, dos autores mais destacados no estudo da inovação, os quais buscam definir um modelo de como o processo de inovação se desenvolve em uma organização ou mesmo em um mercado. Desta maneira, os autores, através de seus modelos, buscam demonstrar em que circunstâncias as organizações ou o próprio mercado apresentam benefícios provenientes dessas inovações.

Levando-se em consideração o ponto ou período específico de análise da inovação, esta pode ser compreendida em um modelo estático ou dinâmico. A partir do entendimento destes modelos, assim como das inovações decorrentes destes, a organização terá a possibilidade de analisar as contribuições e deficiências e assim adotar o modelo de melhor suporte à inovação. Considerando tais perspectivas, alguns modelos de inovação serão abordados neste estudo, dividindo-os em dois grupos: modelos estáticos e modelos dinâmicos.

2.4.1 Modelos estáticos

Pode-se entender por modelos estáticos aqueles destinados a estudar a inovação na data de sua adoção. Tais modelos têm foco em demonstrar como as organizações podem ser competitivas no mercado, a partir das inovações geradas por suas competências. Afuah (1999) afirma serem estes modelos passíveis de análise sob um corte transversal, considerando as capacidades da organização e o conhecimento ao qual sustenta tal inovação.

a) Modelo de Henderson-Clarck

Neste modelo são abordadas as dificuldades enfrentadas pelas organizações ao tentar lidar com as inovações incrementais, ou seja, aquelas inovações onde apresentam pequenas e gradativas modificações nos processos, produtos ou negócios existentes. Henderson e Clarck (1990), em seus estudos, destacam a ideia dos produtos serem constituídos de componentes os quais são vinculados entre si e para a sua produção necessitarem de dois tipos de conhecimento. O primeiro deles diz respeito ao conhecimento dos componentes utilizados na manufatura do produto; já o segundo diz respeito às conexões ou vinculações entre esses componentes, denominado de conhecimento arquitetônico.

Henderson e Clarck (1990) classificaram as inovações em quatro tipos, os quais estão destacados no Quadro 2, a seguir. De acordo com Afuah (2003), a inovação voltada ao aperfeiçoamento dos conhecimentos: componentes e arquitetural é chamada de inovação

incremental; por sua vez, a inovação arquitetural destaca-se por ter o conhecimento dos componentes intensificado e o conhecimento arquitetural destruído; já a inovação modular acontece quando o contrário é verdadeiro, ou seja, o conhecimento arquitetural é intensificado e o conhecimento dos componentes destruído. Caso ambos os conhecimentos, arquitetural e dos componentes, sejam destruídos, tem-se uma inovação radical.

Baseando-se nas considerações acima, Afuah (2003) aponta dificuldades nas organizações em desenvolver inovações incrementais, pois estas se confundem com as inovações radicais. Dessa forma, uma inovação onde aparentemente se percebe uma mudança apenas no conhecimento arquitetural, pode ser confundida com uma inovação incremental geralmente alterada apenas no conhecimento dos componentes.

Quadro 2 - Modelo de Henderson-Clarck

	Conhecimento Arquitetura	
	Aumentada	Destruída
Conhecimento dos Componentes		
Aumentada	Incremental	Arquitetural
Destruída	Modular	Radical

Fonte: Adaptado de Raduenz (2010).

b) *Modelo de Abernathy-Clarck*

O modelo proposto em 1985 por Abernathy-Clarck afirma ser a inovação sustentada por dois tipos de conhecimento, o mercadológico e o tecnológico, e apesar destes conhecimentos agirem juntos, eles são independentes, ou seja, enquanto um conhecimento pode se tornar ultrapassado o outro pode continuar intacto.

Partindo deste conceito, os autores consideram a ideia de uma empresa investir em inovação radical e conseqüentemente seu conhecimento tecnológico tornar-se obsoleto, podendo ainda beneficiar-se de suas capacidades de mercado para criar vantagem sobre os novos entrantes (CARVALHO, 2010).

O conhecimento de mercado é marcado pela relação com o cliente, envolvendo especialmente a sua proximidade em relação a composição do grupo de clientes, canais de distribuição e serviços, além da relação da clientela com o produto. Por outro lado, o conhecimento tecnológico trata das relações com os fornecedores, da incorporação da tecnologia, do sistema produtivo, das técnicas de trabalho, do equipamento, das habilidades

gerenciais e das ferramentas utilizadas no processo, assim como, da experiência e conhecimento dos funcionários da organização (ABERNATHY; CLARK, 1985).

Afuah (2003) afirma a importância de neste modelo, ambos os conhecimentos, tecnológico e de mercado, serem igualmente considerados importantes. Para exemplificar, o autor cita o exemplo da GE – *General Electric Company*, onde suas capacidades de mercado foram fundamentais para a transição de uma geração de inovação tecnológica radical para outra na indústria de equipamentos de diagnósticos médicos. A empresa não foi a primeira a introduzir a nova tecnologia, mas obteve sucesso na transição da utilização do raios-X para a tomografia computadorizada e depois para a ressonância magnética, todas foram inovações com competências tecnológicas destruídas.

c) *Modelo de mudança de ruptura tecnológica*

Neste modelo, argumenta-se sobre as razões pelas quais levam as organizações a falhar na exploração de tecnologias disruptivas. Afuah (2003) afirma que isso acontece, pelo fato de as organizações desperdiçarem grande parte do seu tempo tentando detectar e ouvir as necessidades dos clientes atuais. Tais necessidades não são utilizadas, em um primeiro momento, para uma inovação radical, pois os clientes querem ter suas exigências atendidas, sendo este um dos principais motivos a levar as organizações a falharem. De acordo com este autor, as rupturas tecnológicas compreendem quatro características:

- ✓ criam novo mercado pela introdução de um novo tipo de produto ou serviço;
- ✓ o novo produto ou serviço vindo da nova tecnologia, custa menos em relação aos produtos ou serviços existentes originados da velha tecnologia;
- ✓ inicialmente, o desempenho dos novos produtos é pior comparado ao desempenho dos produtos existentes, quando avaliados por métricas de desempenho fornecidas pelos valores dos clientes atuais. Eventualmente o desempenho acompanha as necessidades destes clientes;
- ✓ a tecnologia pode dificultar a proteção de patentes usadas.

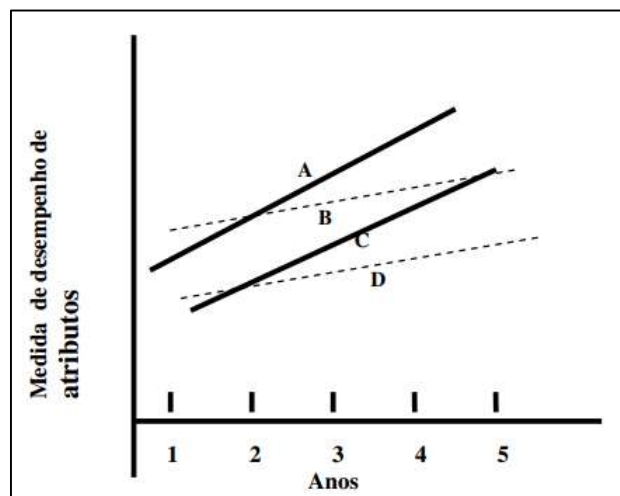
Para Carvalho (2010), o Modelo de Mudança de Ruptura Tecnológica tem foco nos problemas de desenvolvimento de produtos, tendo como unidade de análise o produto manufaturado vendido ao consumidor final e sendo este desenhado, projetado e produzido por um único sistema de desenvolvimento.

Um exemplo para demonstrar essa situação é citado por Afuah (2003), no qual uma organização oferece ao mercado um produto A com as tecnologias disponíveis no momento (ano 1). No ano 2, o mercado demanda atributos B no produto oferecido e a organização

atende às exigências do mercado. Neste mesmo ano 2, um produto C semelhante ao A, mas com preço menor que A é lançado no mercado por uma empresa concorrente. No início, o desempenho de C é inferior ao de A e não apresenta os atributos demandados por B. A organização produtora do produto A tem bom desempenho no mercado por atender a demanda B dos seus clientes, entretanto, a organização não está preocupada em desenvolver capacidade, processos e cultura para produzir C, mas percebe necessidade de um produto com o atributo D em outro mercado. A empresa concorrente (novo entrante) que produz C continua a melhorar e no ano 5 alcança a demanda dos atributos B e dessa forma os clientes consumidores de A passam a consumir C, pois este apresenta qualidade e preço. Nesta fase, já não há mais condições viáveis da empresa que produz A buscar mudar rapidamente seus valores cultura e processos para desenvolver C. Sendo assim, empresas *startups* e novos entrantes assumem a liderança do mercado produzindo C.

Este exemplo pode ser melhor compreendido com a visualização da Figura 8.

Figura 8 - Mudança de Ruptura Tecnológica



Fonte: Afuah (2003).

Para Afuah (2003), uma organização evidencia a sua capacidade através de seus recursos, processos e valores. O sistema é designado para um desempenho maior do trabalho e muitas vezes de difícil mudança, considerando poder estar incorporado à cultura da organização.

d) *Modelo da cadeia de valores agregados à inovação*

Os três modelos apresentados anteriormente têm seu foco no impacto da inovação sobre as capacidades e competitividade das organizações. Segundo argumenta Vicenti (2006), o modelo da cadeia de valor agregado à inovação trata do impacto das inovações geradas por uma organização sobre as capacidades e a competitividade dos seus fornecedores, clientes e

inovadores complementares³, a exemplo da Microsoft® um inovador complementar dos fabricantes de computadores. Corroborando este pensamento, Afuah (2003) apresenta como este modelo pode ajudar a explicar o motivo pelo qual uma organização pode superar novos entrantes em inovações radicais e pode falhar em inovações incrementais.

Uma inovação não apresenta implicações apenas para a organização produtora, ela também pode influenciar fornecedores, clientes e inovadores complementares e, por sua vez, estes podem observar e experimentar (utilizar) de forma diferenciada o processo inovativo, com relação ao proposto inicialmente pelo fabricante (CARVALHO, 2010).

e) Modelo de Teece

Teece (1986) não classifica, em seu modelo, as inovações em incrementais ou radicais, entretanto, o autor, por intermédio de seu modelo desenvolvido, contribui explicando o motivo pelo qual uma organização consolidada no mercado pode lucrar com as inovações radicais. Para Teece (1986), a proteção tecnológica da inovação desenvolvida, frente aos imitadores, é uma forma das organizações lucrarem com as inovações. O autor denomina essa técnica de “regime de apropriação”. Outra forma de lucrar com a inovação vem através dos ativos complementares, ou seja, capacidade de explorar a nova tecnologia por meio da manufatura, do marketing, de canais de distribuição, da marca e de tecnologias complementares.

2.4.2 Modelos Dinâmicos

Os modelos dinâmicos apresentam como principal característica a análise das inovações em um contexto longitudinal, aspirando explorar a evolução de uma inovação após sua implantação em uma determinada organização. Esses modelos “consideram que uma tecnologia tem vida própria com fases radicais e incrementais e cada uma das fases pode necessitar um tipo diferente de capacidades da organização para ter êxito” (AFUAH, 1999, p. 44). O estudo dessa dissertação foca-se num modelo com as características citadas, o qual será apresentado mais profundamente no item 2.5.

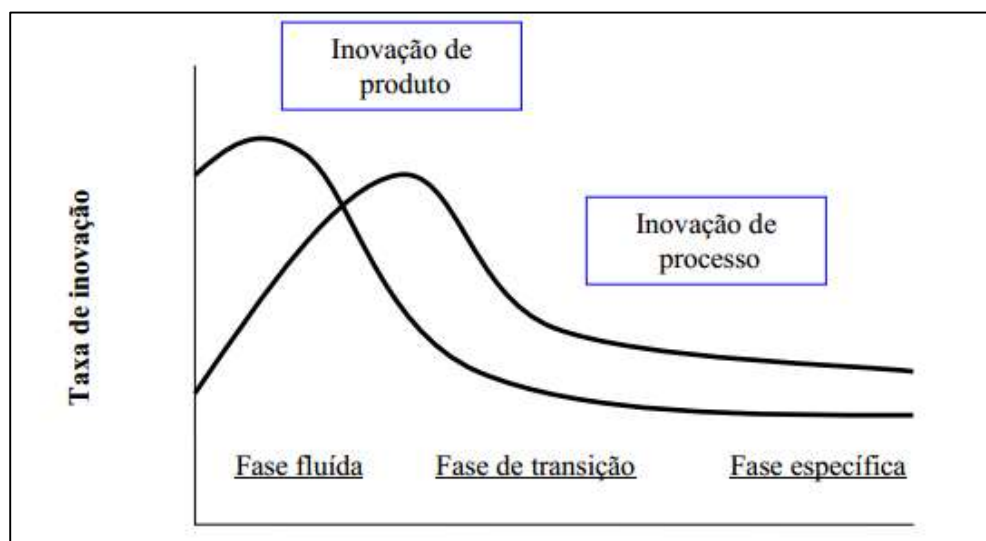
³ Os inovadores complementares são as organizações destinadas a oferecer produtos ou tecnologias complementares para o produto ou tecnologia do fabricante, em geral, diretamente ao cliente.

a) *Modelo de Utterback*

Neste modelo, Utterback (1994) destaca a mudança de lucratividade das inovações de produtos e processos, destacando ainda os elos existentes entre as inovações e transformações e as características dos produtos, dos processos, da mudança organizacional, do mercado e da competitividade.

Nesse modelo dinâmico, as inovações passam por três fases as quais, segundo Utterback (1994), são denominadas: fase fluída, fase de transição e fase específica, conforme destacado na Figura 9.

Figura 9 – A dinâmica da Inovação de Utterback



Fonte: Adaptado de Utterback (1994).

De acordo com Raduenz (2010), a fase fluída tem como principal característica a grande incerteza presente no comportamento mercadológico e tecnológico, sendo o início do processo de inovação. Nessa fase, as organizações não têm certeza para onde devem direcionar seus investimentos. Corroborando esse pensamento, Carvalho (2010) argumenta que os projetos de novas tecnologias surgidas durante essa fase tendem a apresentar alto custo e incerteza, sendo pouco confiáveis.

Já na segunda fase, denominada transição da inovação, Raduenz (2010) destaca a percepção da redução da incerteza, quando o foco da inovação deixa de ser o produto e passa a ser o processo. Nessa fase, os materiais passam a ser mais especializados e os equipamentos mais caros e padronizados e, por parte do produtor, há um certo conhecimento sobre as necessidades do mercado consumidor, possibilitando a construção de projeto dominante com incertezas e custos reduzidos (AFUAH, 1999; CARVALHO, 2010; RADUENZ, 2010).

Na sequência, tem-se a última das fases da inovação, a fase específica, abordada pela ligação entre inovação de processos e de produtos e na ótica de Carvalho (2010), tem como principal característica a redução dos custos. Enfatizando esse pensamento, Raduenz (2010) explica nesta fase a ocorrência de especialização dos materiais utilizados e a padronização dos processos, sendo o custo a variável principal para competitividade. Caso surja uma nova tecnologia, tornando atual obsoleta, inicia-se um novo processo da fase fluída.

Para o autor deste modelo, Utterback (1994), essas novas tecnologias surgem introduzidas por um novo competidor no mercado. O mesmo ainda argumenta ser necessário um conjunto de habilidades diversas para o crescimento e estruturação da organização, e é frequente a saída de empreendedores ou grupos deles para dar início a outras pequenas organizações.

b) Modelo Tushman-Rosenkopf do Ciclo de Vida da Tecnologia

O modelo desenvolvido por Tushman e Rosenkopf (1992) objetiva conhecer os fatores limitantes da organização para que haja inovação. Carvalho (2010) observa neste modelo a busca por compreender até que ponto as organizações conseguem influenciar a evolução da inovação.

Para Tushman e Rosenkopf (1992), a influência de uma organização sobre uma inovação está atrelada ao grau de incerteza tecnológica envolvida e, por sua vez, está ligada à complexidade da inovação. Ainda segundo estes autores, esta heterogeneidade se torna uma variável capaz de ser afetada por diferentes fatores, os quais podem ser as dimensões do seu valor, a quantidade e a vinculação dos componentes integrantes da inovação, além da quantidade de interconexões entre elas e suas complementares.

A proposta referente ao ciclo de vida do produto do modelo de Tushman e Rosenkopf (1992) tem seu início no processo de descontinuidade tecnológica, a qual pode gerar dois resultados: intensificar ou destruir as competências adquiridas. De acordo com Carvalho (2010), a descontinuidade tecnológica pode ser entendida como escassas e necessárias inovações, extrapolando os limites tecnológicos relacionados a uma determinada amplitude e interferindo, de forma substancial, na diferenciação de um produto ou processo, alcançando vantagem em custo, desempenho e qualidade sobre os produtos antecedentes.

Essa descontinuidade tecnológica é o fator responsável por desencadear a fase chamada Era da Fermentação, geradora de forte rivalidade e uma série de desenhos diferentes, resultando numa elevada incerteza tecnológica e de mercado. Com o passar do tempo, a rivalidade entre os diferentes enfoques dá origem a um projeto dominante, o qual estabelece o

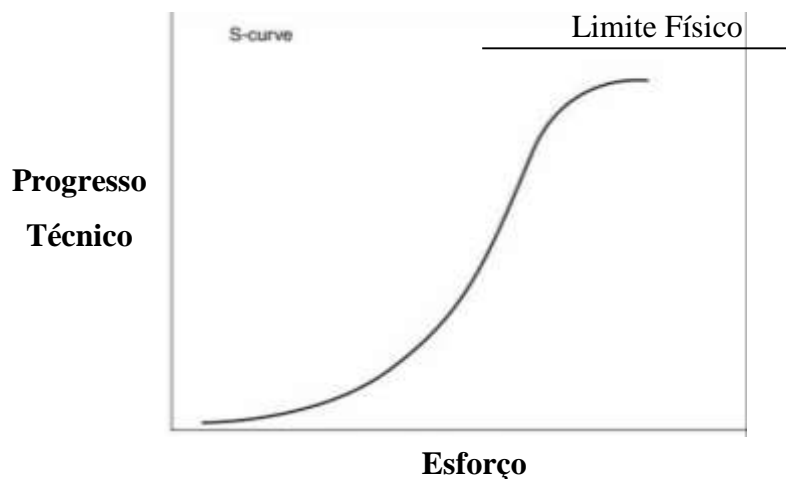
domínio sobre uma classe de produtos. A concepção de um projeto dito dominante favorece a redução de incertezas tanto tecnológicas quanto mercadológicas e desencadeará a Era de Mudanças Incrementais. Nesta era as características dos produtos são estabelecidas e os esforços são focados para a inovação incremental (AFUAH, 1999).

c) *Modelo de Foster – Curva S*

Foster (1988) percebe nos modelos dinâmicos de Utterback (1994) e Tushman e Rosenkopf (1992) a sugestão de término de uma determinada era ou período da inovação a partir de uma descontinuidade tecnológica e, desta forma, as empresas apresentam dificuldade em determinar quando a descontinuidade se dará. A partir dessa deficiência observada, Foster lança o seu modelo da Curva S.

Segundo Foster (1988), no início, o retorno dos investimentos realizados se dá de forma lenta. Logo após esse momento, acontece uma aceleração brusca na curva ao se adquirir o conhecimento para progredir e, por último, o retorno dos investimentos realizados volta a se tornar lento, tornando qualquer progresso caro.

Figura 10 – Curva em Forma de S de Foster



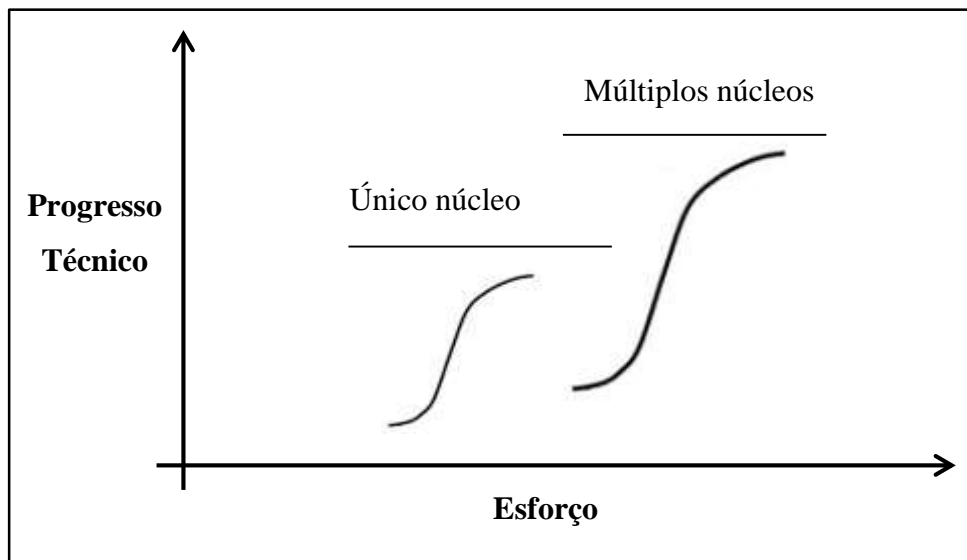
Fonte: Adaptado de Raduenz (2010).

O retorno à lentidão significa que a tecnologia chegou ao seu limite, sendo assim, nesta fase, o investimento pode não gerar os resultados esperados. Um resumo de como acontece o processo tecnológico descrito anteriormente pode ser observado na Figura 10, acima.

Com o passar do tempo, a percepção dos resultados provenientes dos esforços é extremamente pequena. Assim, aconselha-se utilizar tecnologias cujas propriedades físicas permitam superar o limite físico da antiga tecnologia.

Pode-se observar um caso prático para este modelo na indústria de computadores, na qual, por longos períodos, foram manufaturados equipamentos com apenas um núcleo de processamento, no entanto, sua capacidade de processamento se aproximou a um limite físico. Assim, foram produzidos novos computadores com múltiplos núcleos de processamento, dando origem a uma nova Curva S, delimitando um novo limite físico, o qual pode ser visto na Figura 11.

Figura 11 – Curva em forma de S dos computadores



Adaptado de Raduenz (2010).

A seguir, veremos os aspectos da Inovação a partir dos conceitos do *MIRP*.

2.5 MINNESOTA INNOVATION RESEARCH PROGRAM (MIRP)

Em suas pesquisas, Raduenz (2010) observa que o *Minnesota Innovation Research Program (MIRP)* foi criado por uma proposta do Gabinete de Pesquisa Naval dos Estados Unidos para que fosse lançado um programa de pesquisa em gerenciamento da inovação no Centro Estratégico de Gerenciamento de Pesquisa da Universidade de *Minnesota*. Van de Ven, Angle e Poole (2000) afirmam ter sido proposto para a pesquisa a montagem de uma estrutura contemplando as seguintes fases: a Iniciação (1982-1983) incluindo: levantamento das necessidades da comunidade, formação dos grupos de estudo, estudo de campo piloto e as

licenças necessárias. Na sequência, iniciou-se a Ação Prática (1983-1985), abarcando a estruturação do programa de pesquisa, desenvolvimento de métodos, início dos estudos de inovação, registro escrito dos casos sobre inovação e aprimoramento dos instrumentos de pesquisa. A partir de 1984 foram realizadas as análises dos dados, *feedback* para as equipes de inovação, *workshops* com gerentes de inovação e eventos socializadores como artigos, conferências e livros.

Corroborando esse pensamento, Vicenti (2006) argumenta que o *MIRP* desenvolveu um questionário de pesquisa destinado a avaliar as inovações nas organizações. Este questionário foi denominado de *Minnesota Innovation Survey (MIS)*. Os pesquisadores do *MIRP* organizaram seus estudos em três etapas distintas: Na primeira, foram realizados estudos exploratórios com o objetivo de se ter acesso às organizações participantes e familiarização com as inovações. Numa segunda etapa, foram realizados estudos de caso e os resultados obtidos foram compilados, conduzindo ao mapeamento de eventos, possibilitando o início das análises longitudinais das inovações. E, por fim, na terceira etapa, foram iniciados os estudos longitudinais após a constatação de quais aspectos específicos de cada inovação deveriam ser analisados mais profundamente para obter a liberação de acesso às informações nas organizações envolvidas.

2.5.1 O modelo *Minnesota Innovation Survey (MIS)*

O modelo do questionário MIS centra-se nos critérios de parcimônia, significância e generalidades, pelas quais, de comum acordo, foram estabelecidos cinco conceitos básicos centrais do modelo: ideias, pessoas, transações, contexto e resultados, considerados o seu núcleo na perspectiva de gerenciamento de inovações. Este questionário analisa como acontece o processo de inovação, identificando e acompanhando desde o surgimento de uma nova ideia trazida pelas pessoas (pelas quais é formada a organização) até a sua implantação, bem como a interação destes num ambiente organizacional em constante mudança (VAN DE VEN; ANGLE; POOLE, 2000).

Nesta perspectiva, Van de Ven, Angle e Poole (2000, p. 9) definem o processo de inovação em:

Motivar e coordenar as pessoas a desenvolver e implementar novas ideias engajando-se em transações (ou relacionamentos) com outros e fazer as adaptações necessárias para alcançar os resultados desejados dentro de um contexto organizacional e institucional em mudança.

O somatório da evolução histórica da inovação com a percepção dos envolvidos quanto às principais características e dificuldades do processo evolutivo resultou um relatório com as indicações de cada caso (BARBIERI et al, 2004, p. 68).

Van de Ven, Angle e Poole (2000) descrevem cinco conceitos básicos que são o núcleo do questionário *MIS*. A descrição resumida pode ser vista no Quadro 3.

Quadro 3 - O processo de Inovação

CONCEITO	DESCRIÇÃO
Ideias	A criação da nova ideia é a invenção, o seu desenvolvimento e implementação resulta na inovação. Esta nova ideia pode ser proveniente da recombinação de velhas ideias, como também um esquema que desafie a ordem atual ou uma fórmula ou abordagem percebida como nova por aqueles envolvidos com a inovação.
Pessoas	Há casos em que uma inovação pode ser muito complexa para uma pessoa apenas lidar, sendo então necessária a formação de grupos e estes devem ser organizados e dirigidos. O agrupamento de pessoas resulta na interação de diferentes habilidades, níveis de energia e percepções, podendo ser muito positivo para o desenvolvimento das inovações.
Transações	As relações inerentes ao gerenciamento de inovações envolvem: a) a relação entre colegas, chefes e entre chefes e subordinados; b) o empenho para obtenção e alocação de recursos; c) relação entre diferentes unidades.
Contexto	É o cenário ou ambiente institucional onde as ideias de inovação são desenvolvidas e transacionadas entre as pessoas. O processo de inovação deve abranger uma concepção macro, se referindo à infraestrutura organizacional.
Resultados	Ocorrem em um momento específico após o desenvolvimento e implementação da nova ideia. Há dois resultados possíveis e prováveis, a ideia pode se tornar em uma inovação ou resultar em erro ou falha.

Fonte: Adaptado de Van de Ven Angle e Poole (2000).

O modelo *MIS*, desenvolvido por Van de Ven, busca estudar de que forma o processo de inovação ocorre, seguindo a trajetória da origem à implantação de uma nova ideia apresentada por indivíduos que, com o passar do tempo, realizam trocas de informações e/ou se relacionam com outros, num âmbito organizacional em constante transformação (BARZOTTO, 2008).

Para formar a metodologia *MIS*, acerca da inovação, Van de Ven, Angle e Poole (2000) estruturaram a pesquisa em quatro grandes grupos que englobam as 29 (vinte e nove) dimensões do questionário. Os grupos são:

- ✓ **Dimensões internas:** relacionam-se com o processo e contexto da inovação na unidade organizacional e envolvem ideias inovadoras, pessoas, transações e contexto;

- ✓ **Dimensões externas:** compreendem os ambientes transacional e global (incerteza ambiental) da unidade e são avaliadas separadas da dimensão interna;
- ✓ **Resultado:** constitui a efetividade percebida da inovação e é usada como critério dependente para avaliar e validar as dimensões internas e externas do *MIS*;
- ✓ **Fatores situacionais e contingenciais:** avaliados com outro instrumento (não o modelo *MIS*) e usados para verificar a teoria básica contingencial do modelo de medição do *MIS*.

A esquematização do modelo da pesquisa do projeto *MIS* está disposta pela Figura 12, a seguir.

Figura 12 - Modelo de medida das dimensões do *MIS*



Fonte: adaptado de Van de Ven, Angle e Poole (2000).

As 29 (vinte nove) dimensões abrangidas pela metodologia *MIS* foram desenvolvidas com base nos cinco elementos fundamentais citados anteriormente: ideias, pessoas, transações, contexto e resultados. E tais dimensões descrevem o nível de percepção das pessoas participantes da inovação (CARVALHO, 2010). As dimensões estão detalhadas de acordo com o Quadro 4.

Quadro 4 - Fatores condicionantes do meio inovador: Referência MIS

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
1. Eficiência Percebida com a Inovação	Grau com que as pessoas perceberam como a inovação atendeu às expectativas sobre o processo e sobre resultados.	Positivamente relacionado com o sucesso da inovação por meio da percepção dos participantes em relação aos resultados atingidos.	Satisfação com progresso alcançado; eficiência na resolução de problemas; progresso identificado com expectativas; taxa de eficiência; inovação atendendo a objetivos.
2. Incerteza sobre a Inovação	Dificuldade e variabilidade das ideias inovadoras percebidas pelas pessoas envolvidas com o processo.	Quanto maior a incerteza, menor o índice de eficiência da inovação, mantidos constantes os outros fatores.	Conhecimento dos passos da inovação; escala de previsibilidade dos resultados; frequência dos problemas; grau de repetição dos problemas.
3. Escassez de Recursos	Pressão por carga de trabalho e competição por recursos.	Níveis moderados de escassez de recursos estão positivamente relacionados ao sucesso da inovação.	Peso da carga de trabalho competição por recursos financeiros e materiais e por atenção da administração; competição interpessoal.
4. Padronização de Procedimentos	Processos são padronizados quando há um grande número de regras a seguir e estas são especificadas detalhadamente.	Quanto maior a padronização das regras e tarefas necessárias para o desenvolvimento da inovação, maior a eficiência percebida.	Número de regras a serem seguidas para conceber e implantar a inovação; grau de detalhamento das regras e procedimentos.
5. Grau de Influência nas Decisões	Grau de controle percebido pelos membros do grupo sobre o desenvolvimento do processo de inovação.	Está relacionado com o sucesso da inovação, pois as pessoas irão implementar com maior interesse e afinco as ideias construídas com sua participação e aprovação	Influência na definição dos objetivos da inovação, do trabalho a ser feito, do financiamento e uso de recursos financeiros e do recrutamento de pessoal.
6. Expectativas de Prêmios e Sanções	Grau em que o grupo percebe antecipadamente que o bom desempenho será reconhecido.	Positivamente relacionado com o sucesso da inovação, pois diretamente relacionado com a satisfação no trabalho e a motivação.	Chance de reconhecimento do grupo e do individual; chances de reprimendas em grupo; chances de reprimendas individuais.

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
7. Liderança do Time de Inovação	Grau em que os líderes da inovação são percebidos pelos membros da equipe como promotores de um comportamento inovador.	Quanto maior o grau de liderança, mais os participantes do processo irão perceber a eficiência da inovação.	Encorajamento de iniciativas, delegação de responsabilidades, fornecimento de <i>feedback</i> , confiança nas pessoas, prioridade para o cumprimento de tarefas e manutenção de relacionamentos.
8. Liberdade para Expressar Dúvidas	Grau em que os participantes percebem pressões para estar em conformidade com o grupo e as normas.	Quanto mais aberto o ambiente para as pessoas expressarem opiniões, mais elas perceberão a eficiência da inovação.	Críticas encorajadas; dúvidas manifestadas; liberdade para contrariar o que foi decidido.
9. Aprendizagem Encorajada	Grau em que percebem que o aprendizado e os riscos são valorizados e os erros minimizados.	Indicadores de uma cultura organizacional que favorece a inovação.	Falhas e erros não geram interrupções na carreira; valorização do risco tomado; aprendizagem como prioridade na organização.
10. Dependência de Recursos	Extensão em que as partes percebem a necessidade de recursos financeiros, informações, materiais.	Quanto maior a dependência de recursos e o intercâmbio dos mesmos, mais fácil será conduzir o processo com eficiência.	Time de inovação precisa do outro grupo e vice versa; quantidade de trabalho que o time fez para o outro grupo; quantidade de trabalho feita pelo outro grupo para o time.
11. Formalização	Verbalização dos termos do relacionamento entre grupos.	Quanto mais verbalizado e documentado é o processo, maior é sua influência e resultados.	Inter-relacionamento entre grupos é verbalizado; inter-relacionamentos fielmente documentados.
12. Eficiência Percebida nas relações entre os grupos	Grau em que as partes envolvidas acreditam que cada uma realiza suas responsabilidades e compromissos e o relacionamento é equilibrado.	Quanto maior o equilíbrio e o respeito entre as partes, mais favorável será o clima para promoção da inovação.	Compromissos mantidos pelo outro grupo; time de inovação manteve seus compromissos; equilíbrio no relacionamento.
13. Influência nas relações entre os grupos	Grau em que as partes mudaram ou afetaram umas às outras.	A parceria e o compartilhamento dos trabalhos e resultados favorecem a inovação.	Time de inovação influencia o outro grupo e vice versa; o outro grupo influenciou ou mudou o grupo de inovação.
14. Ambiente Econômico	Estrutura de mercado e concorrência.	A estabilidade, pouca concorrência e previsibilidade prejudicam a inovação.	Número de concorrentes; previsibilidade da concorrência no ambiente; estabilidade do ambiente econômico.
15. Ambiente Tecnológico	Existência de outras unidades de pesquisa e desenvolvimento.	A complexidade do ambiente tecnológico dificulta o processo de inovação.	Número de esforços P&D; previsibilidade do desenvolvimento tecnológico; estabilidade do ambiente tecnológico.

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
16. Ambiente Demográfico	Aspectos sociais, aspectos populacionais e níveis educacionais.	A complexidade do ambiente demográfico e sua instabilidade podem prejudicar a inovação.	Número de fatores demográficos; previsibilidade dos aspectos demográficos; estabilidade do ambiente demográfico.
17. Ambiente Legal/ Regulador	Políticas Governamentais, Regulamentos, Incentivos, Leis.	A complexidade do ambiente regulador e sua instabilidade pode prejudicar a inovação.	Previsibilidade do ambiente legal/regulador; restrições da regulação; hostilidade dos reguladores.
18. Grau de Novidade	Classificação do trabalho desenvolvido pode representar uma imitação uma adaptação ou uma originalidade.	O grau de novidade possível está relacionado aos tipos de produtos, serviços e processos da empresa.	Cópia: a política, produto ou processo já existem. A organização copia e aplica com poucas modificações; adaptação: alguns protótipos de soluções existem, trata-se de um redesenho deste; originalidade: solução ainda é desconhecida.
19. Dimensão da Inovação	Número de pessoas e quantidade de recursos empenhados em desenvolver a inovação.	Caracterização do processo: quanto maior o número de pessoas e recursos empenhados, maior a chance de sucesso.	Determinar a dimensão envolvida com a inovação, através da observação e levantamento de dados da empresa.
20. Estágio da Inovação	A inovação pode estar no estágio da ideia (concepção), no estágio de design da solução, em fase de implementação ou já incorporado pela empresa.	Avaliação do estágio da inovação no qual a empresa se encontra	Ideia: problema identificado procura-se a solução mais adequada; Design: solução desenvolvida e detalhes de implementação definidos; Implementação: inovação começa a ser acionada; Incorporação: inovação aceita.
21. Tempo dedicado à inovação	Tempo que cada um dedicou à inovação e à previsão.	Medida para determinar o tempo de trabalho dos indivíduos.	Quantidade de horas dedicadas à inovação por: semana, dia, mês.
22. Frequência de Comunicação	Refere-se à frequência com que os membros do time de inovação comunicam-se dentro e fora do seu grupo.	Essa construção está relacionada ao sucesso da inovação em muitos estudos, e provê uma indicação sobre o nível de interação daquele membro e sua rede de relacionamentos.	Outros membros da equipe; pessoas em outros departamentos; administradores de maior hierarquia; consultores externos; consumidores potenciais ou existentes; vendedores potenciais ou existentes; reguladores da indústria ou do governo.
23. Problemas Identificados	Refere-se aos obstáculos ou barreiras experimentados no desenvolvimento de uma inovação ao longo do tempo.	Quanto maior o número de obstáculos, mais difícil torna-se a implementação bem sucedida de uma inovação.	Problemas de recrutamento de pessoal; Falta de objetivos e planos definidos; falta de métodos claros de implementação; falta de recursos financeiros e outros; coordenação de problemas; falta de apoio ou resistência.

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	TIPO DE INFLUÊNCIA	FORMA DE AVALIAÇÃO
24. Conflitos	Refere-se a dois tipos de discórdia ou disputa no time: frequência com que ocorrem, e proteção de unidades (segmentalismo).	Os conflitos funcionam como obstáculos ao sucesso da inovação. Quanto mais autoprotetores forem os procedimentos em relação às equipes fechadas, maiores as barreiras à inovação.	Frequência com que ocorrem os conflitos.
25. Processo de resolução de conflitos	Métodos pelos quais os desentendimentos e disputas são conduzidos.	Quanto maior o controle dos conflitos, mais favorecida estará a inovação.	Ignorar ou rejeitar os conflitos; lidar superficialmente com os conflitos; confrontar as questões abertamente; recorrer à hierarquia para solucionar os problemas; relacionar problemas com os objetivos da organização.
26. Complementaridade	É o grau de benefícios mútuos ou sinergia entre as partes que compõem o relacionamento.	Quanto maior a sinergia, menor o índice de disputas, o que favorece o sucesso da inovação.	Existência de objetivos complementares; Uso alternativo dos relacionamentos de trabalho.
27. Consenso/ Conflito	Trata-se do grau de concordância e conflito entre as partes de um relacionamento, e a confiança existente entre elas.	Quanto maior o índice de conflito, mais difícil se torna o sucesso da inovação. Pelo contrário, havendo concordância e confiança no sucesso torna-se mais provável seu sucesso.	Frequência de conflitos; competição entre as partes; confiança entre as partes.
28. Frequência de comunicação	Frequência de contato entre as partes de um relacionamento, durante o processo de inovação.	Quanto mais fluida a comunicação, diminui-se a probabilidade de conflitos. É positiva para o sucesso da inovação.	Frequência dos contatos entre membros do time de inovação com o outro grupo.
29. Duração do relacionamento	Período que se espera que dure um relacionamento iniciado com o processo de inovação.	Índice de um bom contato entre os grupos. Índice que soma favoravelmente ao sucesso da inovação.	Quanto tempo se espera que dure a relação, ou quanto tempo durou de fato, após o término do processo de inovação.

Fonte: Adaptado de Raduenz (2010).

Segundo Raduenz (2010), o modelo *MIS* é classificado como um modelo dinâmico, considerando a análise das inovações numa perspectiva longitudinal. Para Hair Jr. (2005), o estudo longitudinal adequa-se para as questões da pesquisa e suas hipóteses afetadas pela variação das coisas, no decorrer do tempo, bem como apresenta uma série temporal de observações. Em suma, esse modelo explora como ocorrem as inovações, por que emergem, desenvolvem-se e terminam.

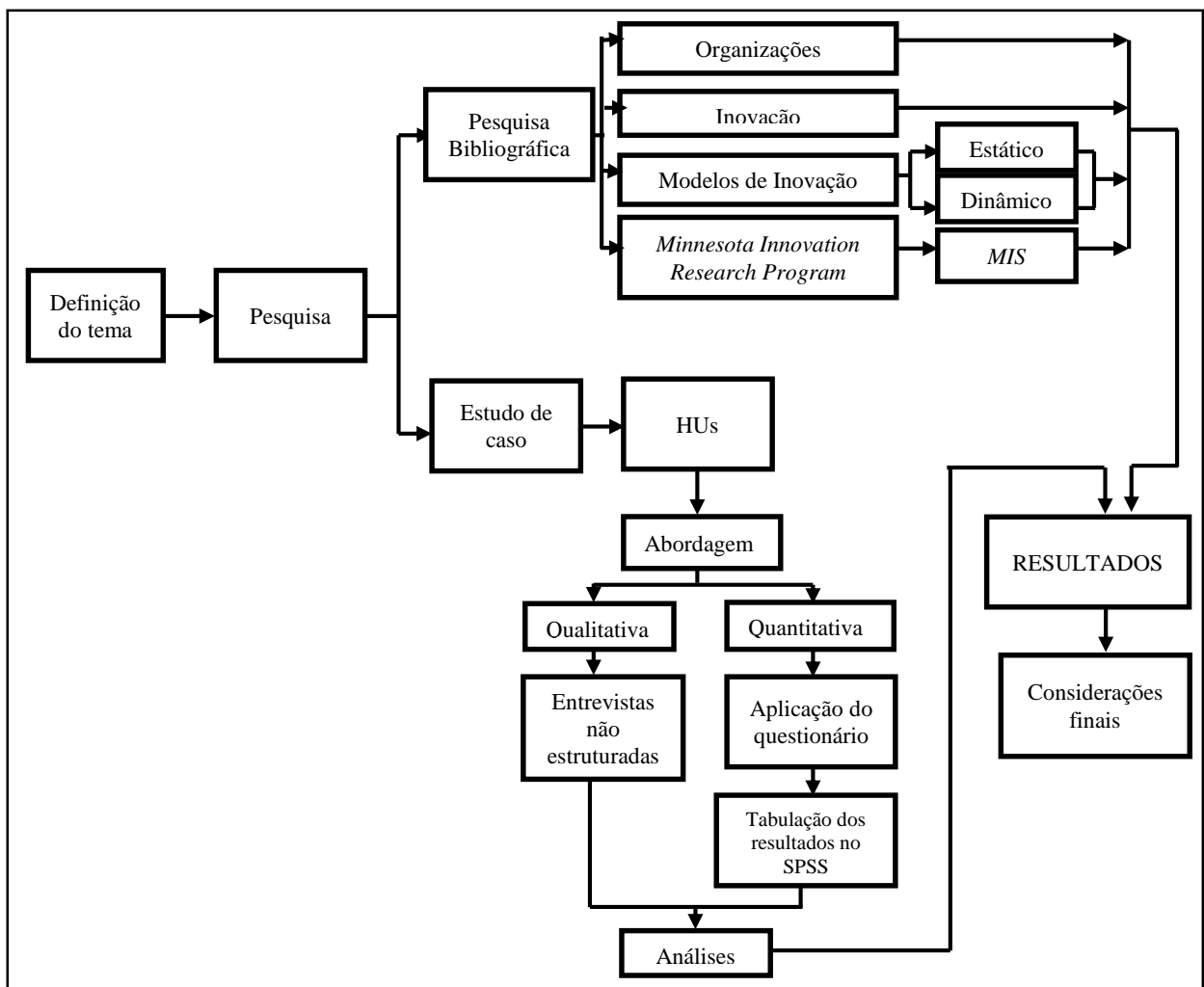
O capítulo 3, a seguir, compreenderá a explicitação dos procedimentos metodológicos empregados na pesquisa, abordando o desenho da pesquisa, sua caracterização e como os dados foram coletados para a análise dos resultados.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão apresentados o método e os procedimentos técnicos para execução da pesquisa. Primeiramente, apresentar-se-ão os conceitos pertinentes à caracterização da pesquisa, em seguida é feita uma abordagem acerca da população, amostra e unidade de análise, seguindo pelos instrumentos de coleta e análise de dados.

O presente estudo foi realizado em 17 (dezessete) Hospitais Universitários ligados à Rede EBSEH nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. A pesquisa desenvolveu-se em uma única etapa, utilizando-se como instrumento de coleta de dados um *survey* (questionário) da metodologia *MIS* (Anexo A). A síntese deste estudo pode ser verificada através da Figura a seguir.

Figura 13 - Desenho da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Entende-se por pesquisa o ato dinâmico de questionamento, indagação e aprofundamento consciente, na tentativa de desvelamento de determinados objetos. É a busca de uma resposta significativa a uma dúvida ou a um problema. Logo, a pesquisa é uma atividade voltada para a solução de problemas, através do emprego de processos científicos (CERVO; BERVIAN, 1983; BARROS; LEHFELD, 1986).

De acordo com Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa pode se dividir em duas abordagens: “a pesquisa qualitativa é um campo interdisciplinar, transdisciplinar e, às vezes, contra disciplinar que atravessa as humanidades, as ciências sociais e as ciências físicas” (2006, p. 390). A pesquisa quantitativa torna-se diferente da qualitativa, pois um erro no questionário observado após a aplicação pode inviabilizar o resultado.

Para Maanen (1979a, p.520) a pesquisa quantitativa tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social: trata-se de reduzir a distância entre o indicador e o indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação.

Segundo Franco Cordeiro e Castilho (2003), a primeira razão para se conduzir uma pesquisa quantitativa é descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características. Ela é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística.

Assim, uma análise quantitativa apresenta os dados em percentuais. Através da análise quantitativa juntamente com a qualitativa é possível buscar resultados mais concretos que possam evidenciar quais fatores mais contribuem para o desenvolvimento de inovações dentro da organização.

Quanto à natureza da pesquisa, ela pode ser dividida em básica ou aplicada. A pesquisa básica objetiva gerar conhecimentos novos e úteis para o avanço da ciência, sem aplicação prática prevista. Já a pesquisa prática tem vistas à geração de aplicáveis dirigida a soluções de problemas específicos, tendo uma finalidade imediata (MATIAS-PEREIRA, 2010; SILVA; MENEZES, 2005).

A pesquisa desenvolvida assumiu característica de natureza aplicada, com o intuito de permitir elucidar informações relevantes e úteis para outras organizações no desenvolvimento de ambientes propícios à inovação.

A classificação da pesquisa, levando em conta os objetivos, pode ser exploratória, descritiva ou explicativa. Para Gil (2010), a pesquisa exploratória busca desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, pois visa à formulação de problemas mais precisos

ou hipóteses de pesquisa para estudos vindouros. Ainda segundo este autor, é comum o uso, nessas pesquisas, de levantamento bibliográfico, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.

Segundo Gil (2010), as pesquisas de caráter descritivo buscam levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população. Suas técnicas mais comuns são o questionário e a observação sistemática. Já as pesquisas explicativas concentram-se em buscar explicações do “porquê” das coisas, onde geralmente se utiliza a pesquisa experimental ou *ex post facto* (MATIAS-PEREIRA, 2010; GIL, 2010). Assim, neste trabalho, assumiu-se um caráter exploratório e descritivo para poder atingir os objetivos propostos, tendo em vista também a busca de uma atuação prática.

Quanto aos procedimentos técnicos, existem diferentes abordagens, sendo elas a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental, a pesquisa experimental, o levantamento, o estudo de caso, a pesquisa *ex post facto*, a pesquisa-ação e a pesquisa participante. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Nesta, utilizar-se-á a pesquisa bibliográfica e o estudo de caso

A pesquisa teve como ponto de partida o embasamento teórico sobre os assuntos abordados, para tanto foram utilizados materiais disponíveis em artigos de periódicos nacionais e internacionais, livros, testes e dissertações disponíveis, caracterizando-se, desta forma, uma pesquisa bibliográfica.

Para Gil (2009), o levantamento bibliográfico feito de forma preliminar pode ser compreendido como um estudo exploratório, por ter como finalidade familiarizar o pesquisador com a área de estudo na qual está interessado. Ainda segundo o autor, esta questão é de extrema importância para tornar a formulação do problema se desenvolva de forma mais clara e precisa.

Neste sentido, Vergara (2009) aponta como objetivo principal da pesquisa bibliográfica promover o levantamento e seleção de todo conteúdo publicado sobre determinado assunto, disposto em livros, revistas, jornais, folhetins, monografias, teses e dissertações, colocando o pesquisador em contato direto com um acervo sobre o tema de interesse. A fundamentação dos procedimentos desta pesquisa foi realizada através do método de pesquisa bibliográfica.

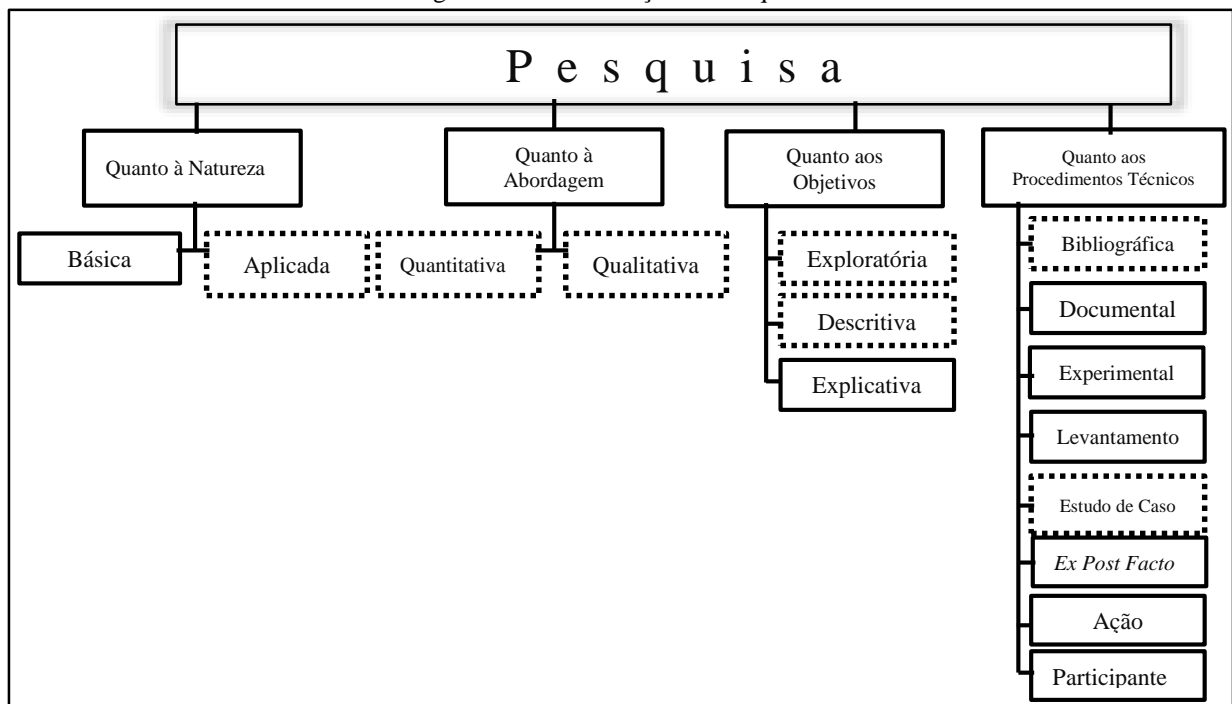
Por seu turno, Yin (2001) conceitua o estudo de caso como método utilizado para examinar um fenômeno de interesse em seu ambiente natural, pela aplicação de diversas metodologias de coleta de dados, visando obter informações de múltiplas entidades. O estudo de caso representa uma maneira de se investigar ou aplicar um assunto em uma organização

individual. Conforme Yin (2001), o estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

O estudo de caso foi identificado e atribuído à pesquisa por ter-se aplicado uma metodologia de coleta de dados a um grupo específico, no qual os dados coletados objetivaram conhecer a percepção dos participantes desta categoria. A obtenção dos dados ocorreu a partir da aplicação de um questionário adaptado da metodologia *MIS*. O *survey* apresentado originalmente na língua inglesa e sua tradução foi realizada pelo Fórum de Inovação da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (MACHADO, 2004).

De forma sintética, a Figura 14, abaixo, apresenta a estrutura da pesquisa. As áreas pontilhadas representam as abordagens da pesquisa deste estudo e as áreas com contorno linear e completo, não pertenceram ao escopo do projeto.

Figura 14 - Classificação da Pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

3.2 POPULAÇÃO, AMOSTRA E UNIDADE DE ANÁLISE

Universo ou população é o conjunto de elementos possíveis de investigação apresentando pelo menos uma característica em comum. Já a amostra é a seleção de uma porção ou parcela da população, de forma a ser a mais representativa possível. A ideia básica por trás da amostragem é proporcionar informações relevantes de toda a população, partindo

da coleta de dados em alguns de seus elementos (MATTAR, 1999; MARCONI; LAKATOS, 1982).

Diante do exposto e na intenção de pesquisar instituições características quanto à atuação no setor de saúde e pertencentes à Rede de Hospitais Universitários com adesão formalizada com a empresa, cada organização foi escolhida de modo intencional e não probabilístico.

Seguindo a metodologia *MIS*, o questionário teve a sua aplicação voltada aos Gerentes ligados às áreas da Gestão Administrativa, da Atenção à Saúde e da Tecnologia da Informação (TI), especialmente por serem estes fomentadores de planejamentos, execuções ou implantações com algum tipo de inovação. Desta forma, estes principais atores das organizações hospitalares receberam um destaque na aplicação do instrumento de coleta, compreendendo eles as representações do grupo da amostra. Vale salientar que a Rede EBSEH conta com 50 Hospitais caracterizados por: Com Contrato, Sem Contrato e Empresa Pública. Como destaca o Quadro 5 a seguir:

Quadro 5 - Número de Hospitais ligados à Rede EBSEH

Rede EBSEH	HUFs
Com contrato	39
Sem contrato	10
Empresa Pública/RS	01

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Foram entrevistados, dentre os HUs com contratos firmados, 17 HUs da Rede EBSEH (correspondendo a cerca de 44%) de um total de 39 unidades hospitalares com contratos de adesão firmados até a data da pesquisa.

3.3 TIPOS, COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados, segundo Marconi e Lakatos (1991), é a etapa da pesquisa em que os instrumentos definidos são aplicados, objetivando a obtenção dos dados previstos. Cada instrumento ou procedimento utilizado, conforme Diehl e Tatim (2004), possui suas vantagens e desvantagens, devendo ser adaptados aos objetivos de cada pesquisa.

Neste estudo, a coleta de dados foi realizada por meio de formulário eletrônico, desenvolvido através da ferramenta *Google Forms* da empresa *Google*⁴ e enviado por e-mail aos participantes, onde poderiam acessar as questões da pesquisa através de um link⁵. Em seguida, todos os possíveis respondentes foram contatados por telefone e solicitada a sua participação no *survey*. Este trabalho foi desenvolvido diariamente pelo período de quatro meses (setembro a dezembro/2016).

3.3.1 Tipos de dados

Os dados coletados podem ser compreendidos como primários e secundários. Para Markoni e Lakatos (1991), os dados primários são aqueles adquiridos pela primeira vez pelo pesquisador para a solução do problema, esses podem ser registrados por meio de entrevistas, questionários e observação. Neste projeto, os dados primários foram adquiridos por meio de um questionário estruturado adaptado da metodologia *MIS* e desenvolvido pelo grupo *MIRP* da universidade americana de Minnesota, cuja disponibilização foi feita por meio eletrônico (*Internet*).

Já os dados secundários são aqueles disponíveis ao pesquisador por meio de boletins, livros, revistas, periódicos, dentre outros e possibilitam solucionar problemas já conhecidos e explorar áreas das questões levantadas, mas ainda não claramente definidas (MARKONI; LAKATOS, 2000). No estudo em questão, os dados secundários foram coletados por meio de documentos organizacionais, encontrados no sítio⁶ da instituição pesquisada e utilizados na caracterização da análise da realidade estudada.

3.3.2 Etapas da coleta de dados

Este trabalho se dividirá em duas etapas principais:

- ✓ Pesquisa Bibliográfica;
- ✓ Estudo de Caso para levantamento dos dados (Análise da Realidade Investigada).

⁴ Empresa fundada em 1988 por Larry Page e Sergey Brin, situada em *Mountain View*, (Estado da Califórnia/USA) tendo como o seu principal objetivo criar ferramentas e tecnologias destinadas a tornar acessíveis e úteis todo e qualquer informação gerada ao redor do mundo.

⁵ O link ao qual nos referimos é o seguinte: <<https://goo.gl/forms/Br6ufutzZVdCux3P2>>.

⁶ Sítio da EBSERH: <<http://www.ebserh.gov.br>>.

A pesquisa partiu da busca de informações produzidas por pesquisas bibliográficas disponíveis na forma de livros, teses e dissertações, revistas, no sítio da empresa analisada, assim como em artigos e trabalhos científicos disponíveis em periódicos e bases de dados como, por exemplo, o Portal de Periódicos Capes, *Scielo*, *Scopus* e *Web of Knowledge*.

No primeiro momento da segunda etapa, Análise da Realidade Investigada, foram disponibilizados aos colaboradores da pesquisa (Gerentes) em cada instituição, um questionário estruturado (via *Google Forms*) com base na metodologia *MIS*, desenvolvida originalmente pelo grupo de pesquisa *MIRP* da Universidade de Minnesota nos Estados Unidos e adaptado para a realidade da pesquisa.

Tal instrumento de coleta de dados engloba 29 (vinte e nove) dimensões as quais preconizam características de um ambiente inovador. Estes fatores encontram-se descritos nos estudos de Van de Ven, Angle e Poole (2000) e foram previamente testadas na realidade brasileira por Barbieri (2003) e Machado (2004).

O questionário original está em língua inglesa e consta de 83 (oitenta e três) questões, constituindo as 29 (vinte e nove) dimensões citadas acima. As perguntas direcionadas aos respondentes foram distribuídas em questões envolvendo múltipla escolha. Cada colaborador da pesquisa deveria optar por apenas uma opção de resposta dentre as elencadas. O Quadro 6 apresenta o conjunto de possibilidades de respostas apresentadas ao pesquisado, as quais durante a análise, foram atribuídos valores baseados na escala *Likert*⁷ de 5 (cinco) pontos sendo 1 (um) o valor de menor importância e 5 (cinco) o de maior importância, além de duas questões discursivas.

Quadro 6 – Tipos de Respostas possíveis na Metodologia *MIS*

TIPOS DE POSSIBILIDADES DE RESPOSTA DO SURVEY MIS				
Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Indiferente	Bastante satisfeito	Muito satisfeito
Nenhuma chance	Pequena chance	50% de chance	Bastante provável	Quase certo
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião formada	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Nada	Muito pouco	Em parte	Bastante	Muito
Sem contato	Mensalmente ou menos	Quase semanalmente	Diariamente	Mais de uma vez por dia
Nenhuma	Pouca	Alguma	Forte	Muito forte

⁷ O método *Likert* foi desenvolvido pelo Psicólogo americano Rensis Likert com o objetivo de se mensurar de forma mais fidedigna as atitudes e comportamento de um entrevistado em função do seu nível de concordância entre as respostas dadas. Fonte: <<https://www.netquest.com/blog/br/blog/br/escala-likert>>

Nenhuma certeza	Pouca certeza	Certeza Moderada	Muita certeza	Certeza absoluta
Diversas vezes por dia	Algumas vezes por dia	Quase diariamente	Quase semanalmente	Mensalmente ou menos
Sempre os mesmos	Quase sempre os mesmos	Um pouco diferentes entre si	Bastante diferentes entre si	Completamente diferentes
Geralmente não causou sobrecarga	Às vezes causou sobrecarga	Na medida certa de se lidar	Difícil de dar conta	Quase impossível de dar conta
1 hora	1 dia	1 semana	1 mês	6 meses
Terminou com a implantação da inovação	Até 6 meses após o término da implantação	1 ano após o término da implantação	De 2 a 3 anos após o término da implantação	Ainda está fortemente presente

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

O questionário utilizado foi adaptado do modelo proposto pelo grupo de pesquisa *MIRP*, no qual foram deixadas apenas as dimensões perceptíveis à realidade dos gestores da organização. A adaptação do questionário manteve os mesmos constructos, excetuando-se as questões não atreladas à vivência dos colaboradores da pesquisa.

3.3.3 Tratamento dos dados

De acordo com Yin (2001), a análise dos dados consiste na tabulação, exame ou recombinação das evidências coletadas, buscando compreender, esclarecer, validar ou refutar os objetivos iniciais do estudo.

Os dados obtidos por meio do questionário proposto para a pesquisa foram tabulados em planilha eletrônica, utilizando o *software Excel* da empresa *Microsoft*, de forma a agrupar as perguntas pertencentes às mesmas dimensões. Em seguida, os dados tabulados na planilha foram importados para o *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* possibilitando a análise estatística com maior rigor. Além disso, os dados coletados por meio do *survey* foram interpretados com o auxílio do referencial teórico apresentado neste trabalho, com o objetivo de serem respondidos os objetivos desta pesquisa.

Já os dados secundários, obtidos por meio de documentos organizacionais disponíveis nos sítios das organizações permitiram a caracterização do objeto investigado.

Na sequência, estão descritas, em breves históricos, as características de cada unidade hospitalar participante, compondo os elementos amostrais da pesquisa realizada, servindo de parâmetro para o conhecimento da realidade investigada.

3.3.4 Limitações da Pesquisa

Em se tratando de uma pesquisa extensa, pois se buscou abranger todo o território nacional e, levando-se em consideração uma gama de fatores tais como: deslocamento, tempo de convencimento para o respondente participar como também a limitação geográfica, o processo de coleta de informações agregou em suas expectativas um número considerável de não respondentes, justificado por não haver obtido um contato telefônico correto, mudança de gestores ou até mesmo pela cultura, em nosso país, de as pessoas não gostarem de participar como público respondente em *surveys*.

4 ANÁLISE DA REALIDADE INVESTIGADA

4.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA – HUBFS/UFPA

O Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, da Universidade Federal do Pará (UFPA), por mais de 20 anos tem oferecido uma prestação de serviços assistenciais de extrema importância à população Paraense.

Inaugurado em 18 de outubro de 1993, é referência na assistência médica com qualidade em diversas áreas, em especial: Oftalmologia, Otorrinolaringologia e no Crescimento e Desenvolvimento Infantil.

Com um corpo de profissionais qualificados entre docentes, profissionais da área assistencial e administrativa, o HUBFS preza pela capacitação dos estudantes, atenção à saúde da população, sem desvincular as principais atividades fins da instituição, tais como: ensino, pesquisa e extensão (HUBFS, 2016).

A cessão do Hospital da UFPA à Rede EBSEH aconteceu em outubro de 2015, através de contrato de adesão assinado entre as partes, ampliando ainda mais assistência na região norte do país (EBSEH/HUBFS, 2016).

4.2 HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS – HDT/UFT

Dentre uma das mais recentes Unidades Federativas do Brasil, o estado do Tocantins, através de sua Universidade Federal já tem construído uma importante e relevante história para sociedade daquela região. Por mais de 27 anos, o Hospital de Doenças Tropicais (HDT) sob a governança estadual realizava um grande trabalho de assistência em uma das mais importantes áreas de doenças infectocontagiosas de nosso país (UFT, 2016).

Com o intuito de prover melhorias tanto física, como ampliar investimentos em ensino e pesquisa, o hospital foi cedido à Universidade Federal do Tocantins e, em seguida, repassada a sua gestão para a EBSEH. Com isso, fortaleceu a instituição e, por conseguinte, continua a promover qualidade na oferta de serviços em saúde.

A cessão do hospital à Empresa ocorreu em fevereiro de 2015, ampliando, assim, o campo de prática para os alunos da UFT e proporcionando à comunidade um hospital de referência e qualidade para a região (UFT, 2016).

4.3 MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA – MCO/UFBA

Seguindo da Região Norte para o Nordeste do Brasil, após uma longa caminhada de 16 anos entre um sonho idealizado e lutas e desafios vencidos, a Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia é inaugurada em outubro de 1910.

Em uma parceria entre a Santa Casa de Misericórdia e a Faculdade de Medicina da Bahia, o MCO tornou-se uma realidade para a sociedade soteropolitana trazendo muito benefícios no atendimento obstétrico-ginecológico para a região (EBSERH/MCO, 2016).

Em dezembro de 2013, a Maternidade passou a fazer parte do grande conjunto de Hospitais Universitários ligados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares trazendo novos rumos para a assistência de qualidade na saúde da mulher do Estado da Bahia (EBSERH, 2016).

4.4 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES – HUOL/UFRN

Fundado em 12 de setembro de 1909, em Natal, capital do Rio Grande do Norte (RN), cuja finalidade foi a de reorganizar a assistência à saúde no estado, o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), com a criação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 1958, foi incorporado a esta instituição e, desde então, funciona como hospital escola para os cursos da área de saúde (CARLOS; GERMANO; PADILHA, 2013).

Sua existência, marcada por transformações em sua estrutura física e organizacional, sendo acompanhada de sucessivas mudanças de nomes, a saber: Hospital de Caridade Jovino Barreto (1909), quando da sua fundação, Hospital Miguel Couto (1935), Hospital das Clínicas (1960), por ocasião da federalização da Universidade e, a partir de 1984, Hospital Universitário Onofre Lopes, em homenagem ao primeiro Reitor.

Ainda de acordo com Carlos, Germano e Padilha (2013), o HUOL atualmente desempenha importante papel como centro de pesquisa científica e de conhecimentos aplicados à saúde, desenvolvendo, para tal, atividades de ensino, pesquisa e extensão. Quanto à assistência, integra-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), prestando serviços médico-hospitalares, desde o atendimento ambulatorial até serviços de alta complexidade, atendendo, conforme o sistema de referência e contrarreferência, a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Postos de Saúde e outros hospitais do estado.

No contexto da UFRN, o HUOL caracteriza-se como uma das Unidades Suplementares da UFRN, as quais, nos termos do Estatuto dessa Universidade, são aquelas

que estão vinculadas à Reitoria ou aos Centros Acadêmicos que não tenham lotação própria de pessoal docente do Magistério Superior e servem de suporte ao ensino, à pesquisa e à extensão (HUOL, 2012).

No cenário do RN, especialmente, o HUOL desempenha um papel significativo nos sistemas de educação e saúde, sendo um dos maiores e mais importantes hospitais públicos prestadores de serviços ao SUS. Nele, esse hospital está inserido como referência de média e alta complexidade em diversas áreas para todo o estado, além de ser uma unidade referenciada para as urgências cardiológicas para o referido Sistema.

De acordo com os dados de 2012, em média, são realizadas 121.669 consultas por ano, distribuídas em mais 24 especialidades médicas e outras não-médicas. A meta anual é de 95.112 consultas, o que evidencia que o HUOL realizou 30% a mais de consultas do que está pactuado com o SUS. Do total apresentado, 112.917 foram consultas médicas e 8.752 são consultas de profissionais de nível superior de outras especialidades não médicas. São realizados, ao ano, 10.863 exames de alta complexidade e 345.214 procedimentos de média complexidade, sendo a meta definida, através da contratualização com os gestores de saúde, de 6.144 e 316.092 procedimentos, respectivamente (HUOL, 2012).

4.5 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – HUUFMA

O HUUFMA possui uma linha histórica evolutiva muito interessante. Partindo da união, em 1991, entre duas importantes instituições de saúde, o Hospital Presidente Dutra e do Hospital Materno Infantil, formando um complexo hospitalar de grande importância para a região e sendo gerenciado pela Universidade Federal do Maranhão. Hoje, como Hospital de Ensino, referência para o estado e para o país, mantém serviços de alta complexidade e garante um atendimento exclusivamente pelo SUS a toda população daquele estado.

Com a adesão do HU à EBSEH, em janeiro de 2013, novos investimentos e horizontes se abriram para o desenvolvimento da instituição. A unidade hospitalar conta com uma alta demanda de serviços da comunidade e presta ações assistenciais de qualidade recebendo vários títulos e certificações durante os mais de 20 anos de serviços prestados (EBSEH/HUUFMA, 2016).

4.6 MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC/UFRN

A Maternidade Escola Januário Cicco fundada em 19 de março de 1928, mas somente inaugurada em fevereiro de 1950, construiu uma história de grande valor para a sociedade potiguar. Nestes mais de 60 anos, sempre se dedicou a prestação de serviços voltados à saúde da mulher, apoiada por uma das mais importantes Universidades do país, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Como referência terciária do SUS, a MEJC sempre esteve na vanguarda das ações preventivas e curativas nas áreas da Ginecologia, Obstetrícia e UTI Neonatal.

Através da adesão com a EBSEH, por meio de contrato de cessão de gestão do HU (agosto de 2013), a maternidade ganhou ainda mais recursos e investimentos materiais e de infraestrutura para a ampliação da qualidade assistencial oferecida às mulheres do Rio Grande do Norte. Sua importância para o estado é de extrema relevância, atuando também como campo de ensino e práticas na área da saúde (MEJC/UFRN, 2015).

4.7 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – HU/UNIVASF

O HU-UNIVASF foi por muito tempo comumente conhecido como o Hospital Universitário de Petrolina ou por Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros exercendo o cuidado e assistência de referência a uma população de mais de 2.000.000 (dois milhões de pessoas) da região do estado de Pernambuco circundante ao município de Petrolina (EBSEH/HU-UNIVASF, 2016).

Promovendo um leque de ofertas em serviços de urgência e emergência, assim como de alta complexidade, a Universidade Federal do Vale do São Francisco, ao assumir esta instituição, ganhou um vasto campo de práticas e ensino para os mais diversos cursos oferecidos pela Instituição de Ensino Superior, sempre atendendo a comunidade através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao fazer parte da Rede EBSEH, em janeiro de 2014, novas perspectivas surgiram para o HU, ampliando as possibilidades de atuação através da integração de recursos e infraestrutura, tudo isso em benefício da comunidade daquela região (EBSEH/HU-UNIVASF, 2016).

4.8 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM/UFSM

A história do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) começou nos idos dos anos 1970, com a publicação da Portaria Federal que criou o HUSM para atender a região central do Rio Grande do Sul, amparada pela Universidade Federal de Santa Maria, e tornando-se uma referência por sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde.

Contando com uma infraestrutura de 291 leitos da Unidade de Internação e de 37 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, além das 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, 06 salas do Centro Cirúrgico e 02 salas do Centro Obstétrico, tem garantido o atendimento de excelência para a população daquela região.

O HUSM preconiza, em sua forma de atuação, o uso de tecnologias que visam garantir atendimentos de qualidade e também assessorar as diversas equipes de profissionais, a fim de reproduzir formas de prestação de atendimentos em saúde com maior resolutividade.

A oferta de serviços prestados pela instituição via SUS é um dos fortes diferenciais dos hospitais da região central de Santa Maria. Faz parte da cultura organizacional da instituição focar em sua visão institucional a busca em ser um hospital público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão, promovendo a saúde das pessoas. E, para isso, move-se em torno de desenvolver uma Missão para o ensino, pesquisa e extensão, promovendo assistência à saúde das pessoas, contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental (HUSM, 2016).

Também fazendo parte grande Rede Hospitalar da EBSERH, o Hospital Universitário de Santa Maria continuará desenvolvendo serviços de qualidade, sempre alicerçados nos fundamentos da autonomia universitária: o ensino, a pesquisa e a extensão, com vistas ao desenvolvimento e prestação de ações em saúde com maior eficiência e eficácia.

4.9 HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE DE PELOTAS – HEUFPeI

A história do Hospital Escola da Universidade de Pelotas – HEUFPeI é bastante interessante por ser uma das instituições de assistência pertencentes ao grupo de HUs da EBSERH, tendo como característica ser um Hospital Escola.

Ao longo do desenvolvimento da instituição, muitas parcerias importantes se delinearam, a começar pelo convênio com a Sociedade Portuguesa de Beneficência, ainda nos primórdios de sua criação e, através deste apoio, foram disponibilizados 30 leitos para compor

as mais de 100 vagas nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, além de Pediatria e Atendimento de Pronto Socorro (HEUFPeL, 2016).

A parceria do HEUFPeL com a EBSERH aconteceu a partir de 2014, favorecendo o desenvolvimento da instituição para continuar a ser referência na qualidade do ensino, pesquisa e assistência, assumindo sempre políticas para favorecer a qualidade nos serviços prestados à comunidade, através de uma gestão moderna e eficiente, valorizando também a atuação do seu corpo de funcionários e profissionais em saúde (HEUFPeL, 2016).

4.10 MATERNIDADE VICTOR FERREIRA DO AMARAL – MVFA/UFPR

Considerada uma das mais antigas instituições de saúde do Paraná, a Maternidade Victor Ferreira do Amaral foi fundada em 1913 pelo médico ginecologista cujo nome recebeu o Hospital (HC/UFPR, 2016).

Ao longo de sua história, enfrentou preconceitos por fazer partos de mães solteiras, especialmente nos anos 1950. Após passar por reformas nos anos 1930, serviu de palco para os cursos de Medicina e Obstetrícia da Universidade Federal do Paraná. Ganhou nome de Hospital das Clínicas em 1961 e teve a sua administração repassada à Secretaria Estadual de Saúde, através da Fundação Caetano Munhoz da Rocha.

Embora tenha permanecido fechada por mais de uma década, a partir de 1991, foi reaberta em 2001, com cerca de 45 leitos e realizando partos e consultas médicas através do Sistema Único de Saúde.

Após novas reformas que aconteceram em 2009, a Maternidade pode ampliar o seu atendimento à população chegando a realizar 320 partos, além de 1700 consultas ambulatoriais por mês (MVFA, 2015).

Sua relevância na prestação de serviços em saúde para a população curitibana, tem feito da MVFA, com seus 87 anos de existência, uma das mais importantes filiais da EBSERH, por sua excelência na qualidade das ações em saúde realizadas em pouco mais de 2 anos de adesão à empresa.

4.11 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO CASSIANO DE MORAES – HUCAM/UFES

Voltando um pouco entre as regiões do nosso país, chegamos ao sudeste brasileiro, onde situado mais especificamente no estado do Espírito Santo está o Hospital Universitário

Antônio Cassiano de Moraes (HUCAM) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), também pertencente à Rede de Filiais EBSEH. E, como todo Hospital Universitário, estão imbricadas em sua organização e finalidades, atividades de Ensino, Pesquisa, Extensão e a própria Assistência à saúde.

Dentre as categorias hospitalares, o HUCAM é considerado um hospital de atendimento geral que possui em sua infraestrutura um total de 277 leitos. Desde a sua fundação (década de 1940), sua missão se relacionava a atender os casos de tuberculose diagnosticados no estado. Por essa peculiaridade, o hospital era comumente conhecido como Sanatório Getúlio Vargas, que somente nos anos 1960 veio a se tornar Hospital de Clínicas, com a criação do Curso de Medicina na UFES.

O HUCAM ganhou o seu nome atual apenas em 1980, quando do falecimento do seu idealizador o Dr. Cassiano Antônio Moraes, que conduziu o HU a práticas de diversas clínicas, residências médicas e campos de pesquisa. Hoje, a instituição oferta um considerável cardápio de serviços de média e alta complexidade, além de serviços de internação, imagem e diagnóstico.

Os principais valores organizacionais do HUCAM se baseiam em uma missão que busca viabilizar o ensino, a pesquisa e a extensão por meio de assistência interdisciplinar de excelência ao cidadão, integrando-se às políticas públicas de Educação e de Saúde. Além de uma visão de que objetiva ser um hospital reconhecido como o melhor hospital do estado e um dos mais importantes do país na assistência pesquisa e ensino (HUCAM, 2016).

Este grande hospital, situado na região sudeste de nosso país, também faz parte da Rede de Hospitais da EBSEH, e segue avançando na prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde, com novas tecnologias e modernização da gestão e da assistência.

4.12 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG

Ainda na Região Sudeste, foi aplicado o questionário da pesquisa no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, sempre prestando atendimento geral de assistência e, também, voltado às atividades de ensino, pesquisa e extensão.

O HU visa ser uma referência para os sistemas municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade (HC-UFMG, 2016).

Sua fundação ocorreu em 1928, sendo uma importante instituição de saúde para atuação na disseminação de conhecimentos e práticas nas áreas de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Gestão em Saúde e Tecnologia em Radiologia. Outro importante fator é que o HC/UFGM atende exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, recentemente, faz parte da Rede EBSERH para ampliação da prestação de serviços, práticas de ensino e pesquisa e agregando competências e qualidades para a prestação de serviços de saúde à população mineira.

4.13 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – HC-UFTM

Também na Região Sudeste, tivemos como campo de pesquisa o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), prestando um variado atendimento assistencial, sendo também certificado como Hospital de Ensino para a condução de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

O HU é ainda referência para cerca de 27 municípios do Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais, com oferecendo serviços 100% SUS para diversos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade (HC-UFTM, 2016).

Em quase 50 anos de atuação nas áreas assistencial e de ensino, o HU sempre buscou estruturar a instituição para contribuir com a disseminação de conhecimentos e práticas nas áreas de Medicina e afins. Em janeiro de 2013, passou a fazer parte da EBSERH com vistas à readequar a sua força de trabalho e melhorar a qualidade das ações prestadas pela instituição.

4.14 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE JUIZ DE FORA – HU-UFJF

O HU da Universidade de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais, teve sua origem através de parceria firmada entre a Santa Casa de Misericórdia e a Instituição de Ensino, com a finalidade de integrar as atividades educativas das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia da UFJF e o seu campo de práticas.

Ao longo de sua história, passou por projetos de reestruturação, agregação de patrimônio físico e construção de novos espaços para a melhoria da qualidade da prestação de

seus serviços de saúde, contando o complexo com uma área por volta de 54 mil metros quadrados (EBSERH/HU-UFJF, 2016).

Em novembro de 2014, o reitor da UFJF assinou contrato de cessão de direito sobre a gestão do Hospital Universitário tornando-a uma das 39 filiais da empresa em todo o país.

4.15 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER – HUJM/UFMS

Chegamos a nossa última Região: Centro-Oeste. A história do Hospital Universitário Julio Müller (HUJM), da Universidade Federal de Mato Grosso, começou da proposta de melhorias de qualidade nos estágios oferecido pela Instituição de Ensino. Por sua característica de ser o único hospital público do estado, possui uma responsabilidade enorme na busca da qualidade de seus serviços, focando em estratégias de modernização de sua gestão, bem como da assistência hospitalar (EBSERH-HUJM, 2016).

A sua inserção na Rede de Hospitais Universitários da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares aconteceu em novembro de 2013, trazendo uma nova perspectiva para a instituição de agregação de novos recursos pessoais, de infraestrutura e de melhorias nos serviços ofertados a população.

4.16 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN – HUMAP/UFMS

O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), construído na década de 1970, pelo o então governador Pedro Pedrossian, teve como seu objetivo principal apoiar o ensino e a pesquisa na formação de profissionais de saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O HUMAP sempre assumiu o papel de combate às doenças infectocontagiosas, tornando-se uma referência para o estado. Com a adesão à EBSERH, por assinatura de contrato entre as partes em dezembro de 2013, o hospital passou a equipar mais ainda sua estrutura física, visando à melhoria da infraestrutura hospitalar e, em consequência destas mudanças, projetar um serviço de maior qualidade à população, através também do aumento de novos colaboradores no quadro de pessoal da instituição, advindo de Concurso Público (EBSERH/HUMAP, 2016).

4.17 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE GRANDES DOURADOS – HU/UFGD

Finalizando a descrição das características dos HUs investigados neste projeto, formando estes a composição do grupo amostral desta pesquisa, apresentando um breve histórico do Hospital Universitário de Grandes Dourados, situado no estado de Mato Grosso do Sul, também Região Centro-Oeste do Brasil.

O hospital foi construído há pouco mais de uma década (2003) e conhecido na época como Santa Casa de Dourados, gerenciado e mantido pela então Sociedade Douradense de Beneficência (SODOBEN). Logo em seguida, o recém-construído hospital passou a ser mantido pela Prefeitura de Dourados, vindo a ser conhecido como Hospital Universitário de Dourados, embora a cessão de sua gestão para a Universidade Federal de Grandes Dourados, só tivesse acontecido no ano de 2008.

Os recursos financeiros oriundos da Administração Federal e de pactuações com os governos municipal e estadual tiveram início somente a partir de 2009, caracterizando a prestação dos serviços oferecidos como uma assistência via Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecendo a sua atuação também como Hospital-Escola.

É importante notar que os HUs têm uma característica peculiar de tornar a assistência indissociável da pesquisa, do ensino e da extensão, como foco na produção dos conhecimentos, na melhoria da qualidade da prestação de serviços e o HUGD não está fora disso.

O HUGD tem como campo de atuação a oferta de serviços ambulatoriais e de internação, 100% SUS, nos níveis de média e alta complexidade, buscando de forma multidisciplinar a promoção da humanização e da qualidade na assistência. Sua busca é tornar-se um hospital de sustentabilidade plena, sendo reconhecido pelo elevado grau de integração entre as atividades de assistência, ensino e pesquisa, com certificação de qualidade e como polo de atração de profissionais especializados (HUGD, 2016).

Recentemente, a EBSEH assumiu a gestão deste hospital e, conjuntamente com o Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), constituem filiais da Rede EBSEH na região Centro-Oeste de nosso país.

Por fim, apresenta-se, no Quadro 7, algumas outras características encontradas por meio da pesquisa de mestrado.

Quadro 7 – Outras características encontradas nos HUs da Rede EBSEH pela pesquisa

Hospital Universitário / IES	Região do País	Tipo de Acesso aos Serviços	Tipo de Atendimento	Porte do Hospital
HDT/UFT	Norte	Porta Aberta	Urgência/Emergência	Pequeno porte
HUBFS/UFPA	Norte	Referenciado	Eletivo	Pequeno porte
HUUFMA	Nordeste	Misto	Urgência/Emergência	Grande porte
HU/UNIVASF	Nordeste	Misto	Urgência/Emergência	Pequeno porte
HUOL/UFRN	Nordeste	Referenciado	Eletivo	Médio porte
MCO/UFBA	Nordeste	Porta Aberta, Referenciado	Urgência/Emergência	Pequeno porte
MEJC/UFRN	Nordeste	Porta Aberta, Referenciado	Urgência/Emergência	Pequeno porte
HUSM/UFMS	Sul	Porta Aberta, Referenciado	Urgência/Emergência	Médio porte
HEUFPEL	Sul	Porta Aberta, Referenciado	Urgência/Emergência	Médio porte
HU/MVFA	Sul	Misto	Urgência/Emergência	Pequeno porte
HUCAM/UFES	Sudeste	Porta Aberta, Referenciado	Urgência/Emergência	Médio porte
HC/UFMG	Sudeste	Porta Aberta, Referenciado	Urgência/Emergência	Grande porte
HC/UFTM	Sudeste	Referenciado	Urgência/Emergência	Médio porte
HU/UFJF	Sudeste	Referenciado	Eletivo	Pequeno porte
HU/UFOD	Centro-Oeste	Porta Aberta, Referenciado	Urgência/Emergência	Médio porte
HUJM/UFMT	Centro-Oeste	Porta Aberta, Referenciado	Urgência/Emergência	Pequeno porte
HUMAP/UFMS	Centro-Oeste	Referenciado	Urgência/Emergência	Grande porte

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

As unidades hospitalares (HUs), não possuindo os serviços de Urgência/Emergência assumem o caráter eletivo, onde todo e qualquer atendimento deve ser realizado através de agendamento, específicos para consultas, cirurgias e internações, normalmente reguladas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A seguir, serão apresentados os resultados esperados após serem feitas as análises dos dados coletados a partir dos questionários aplicados.

5 ANÁLISES E RESULTADOS

A análise dos resultados da pesquisa foi realizada a partir de metodologias computacionais e estatísticas, no intuito de obedecer ao rigor do processo de investigação e compreensão dos dados coletados, a fim de garantir resultados expressivos e relevantes para a confirmação da hipótese e dos objetivos da pesquisa.

5.1 METODOLOGIA COMPUTACIONAL

O banco de dados foi construído em formato EXCEL, versão 2010 e para realização das tabelas descritivas utilizou-se o software *Statistica SPSS*, versão 20.0.

5.2 KRUSKAL-WALLIS

Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico de comparação de média que serve como alternativa ao teste paramétrico de análise de variância, quando o pressuposto de normalidade e homogeneidade dos dados não são atendidos.

5.3 CORRELAÇÃO DE PEARSON

Correlação de Pearson (r): é a medida de relação linear entre duas variáveis numéricas, com escala entre -1 e 1. Nele, uma correlação positiva, significa que a medida que uma variável aumenta, a outra tende a aumentar também. Enquanto na correlação negativa, à medida que uma variável aumenta, a outra tende a diminuir. A seguir, temos uma classificação de coeficiente de correlação:

- Acima de 0,70 (positivo ou negativo), indica correlação forte;
- Entre 0,30 a 0,70 (positivo ou negativo), indica correlação moderada;
- De 0 a 0,30 (positivo ou negativo), temos uma correlação fraca.

5.4 CONFIABILIDADE DOS DADOS

Tabela 1: Teste estatístico Cronbach's Alpha para o questionário de planejamento estratégico	
Descrição	Alpha de Cronbach's
Questionário geral	0,875
Satisfação da inovação	0,871
Metas de inovação atingidas	0,874
Metas de inovação não atingidas	0,875
Liderança na inovação	0,869
Apoio na inovação	0,872
Obtenção de recursos	0,869
Engajamento na inovação	0,873
Comunicação na inovação	0,875
Dificuldades e impedimentos	0,876
Gestão de conflitos	0,873
Planejamento e executando a inovação	0,873

Através do teste estatístico *Cronbach's Alpha*, que verifica a confiabilidade dos dados, pode-se observar que todas as 11 dimensões avaliadas sobre a inovação obtiveram um alfa de Cronbach's acima de 0,80. Ou seja, a consistência dos dados é classificada como satisfatória no instrumento de pesquisa.

5.5 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Tabela 2: Perfil sociodemográfico			
Resposta		Frequência absoluta	%
Idade	Até 45 anos	13	59,09
	Acima de 45 anos	9	40,91
Região do país	Nordeste	9	39,13
	Centro-Oeste	5	21,74
	Sudeste	4	17,39
	Sul	3	13,04
	Norte	2	8,70
Nível de escolaridade	Pós-Graduação	21	91,30
	Graduação	2	8,70
Tempo que trabalha na HU	Até 10 anos	15	65,22
	Acima de 10 anos	8	34,78
Área de atuação	Gerência administrativa	10	43,48
	Gerência de TI	8	34,78
	Gerência de atenção à saúde	5	21,74
Porte do hospital	Pequeno porte	13	56,52
	Médio porte	7	30,44
	Grande porte	3	13,04

Tipo de serviços do HU	Urgência/Emergência	17	73,91
	Emergência	4	17,39
	Urgência	2	8,70
Tipo de acesso que o HU possui	Misto	15	65,22
	Referenciado	7	30,43
	Porta Aberta	1	4,35
Total		23	100,00

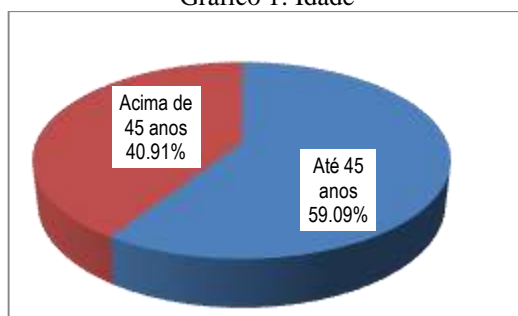
Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

Dos entrevistados, 59,09% possuem idade de até 45 anos, enquanto que acima de 45 anos apresentou um percentual de 40,91%. Quanto à região do país, apresentou o seguinte resultado: Nordeste (39,13%), Centro-Oeste (21,74%), Sudeste (17,39%), Sul (13,04%) e Norte (8,70%). 91,30% possuem pós-graduação, 65,22% trabalha na HU no máximo 10 anos, onde a área de atuação teve o respectivo resultado: gerência administrativa (43,48%), gerência de TI (34,78%) e gerência de atenção à saúde (21,74%). 56,52% são hospitais de pequeno porte, seguido de médio porte (30,44%) e grande porte (13,04%). Urgência e emergência é o principal tipo de serviço (73,91%) e o principal tipo de acesso que HU possui é o misto (65,22%). Na Tabela 3, observamos que a idade média dos entrevistados é de 44,59 anos com desvio padrão de 10,83, enquanto que o tempo médio de atuação de HU é de 9,85 anos com desvio padrão de 11,05.

Tabela 3: Estatística descritiva da idade e o tempo de HU								
Variáveis	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	Média	DP	CV
Idade (em anos)	29,00	68,00	36,00	42,00	53,25	44,59	10,83	24,28
Tempo de HU (em anos)	0,08	35,00	1,75	6,00	14,50	9,85	11,05	112,22

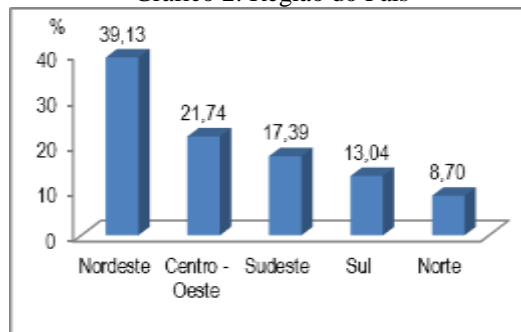
Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 1: Idade



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 2: Região do País



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 3: Grau de escolaridade



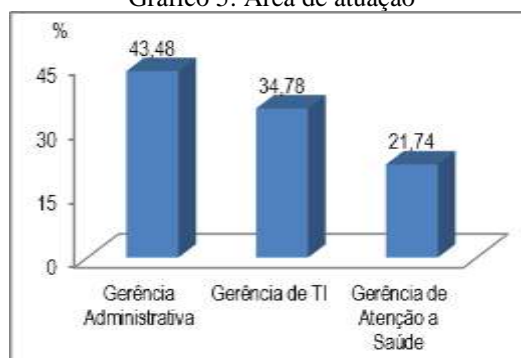
Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 4: Tempo que trabalha na HU



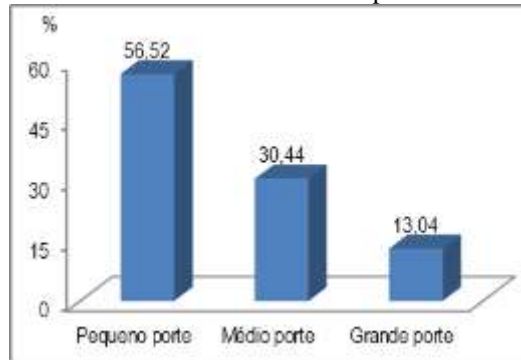
Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 5: Área de atuação



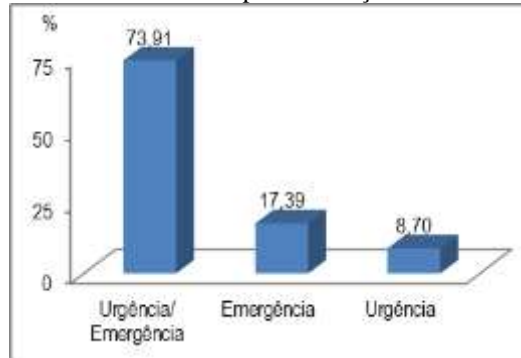
Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 6: Porte do hospital



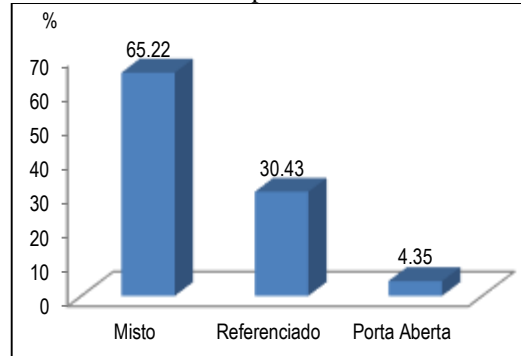
Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 7: Tipo de serviços HU



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 8: Tipo de acesso HU



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

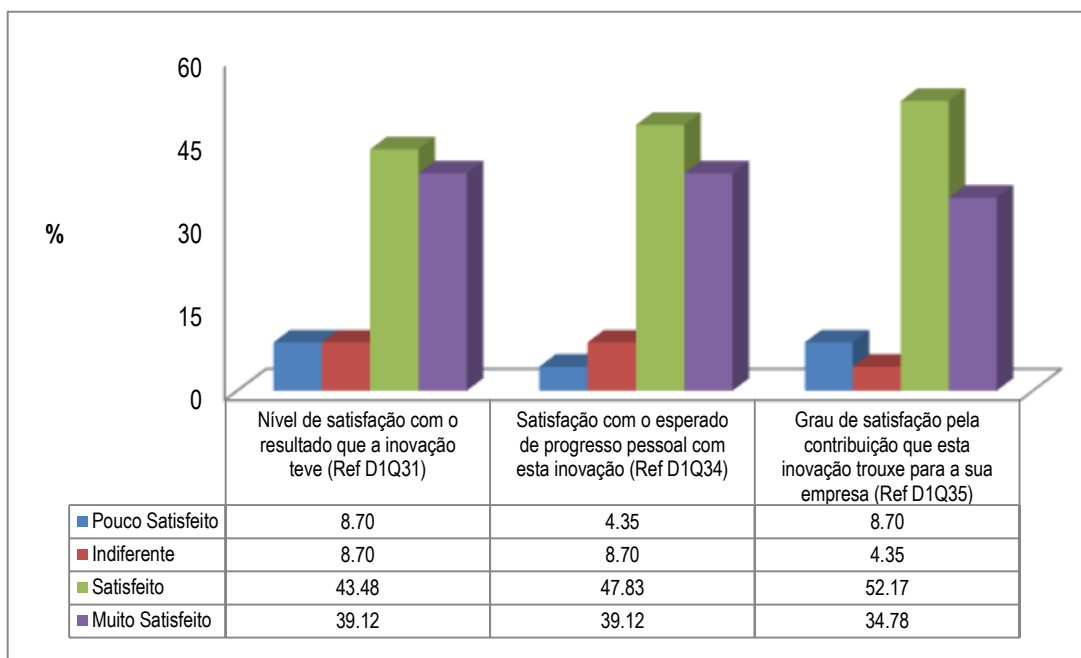
5.6 INOVAÇÃO

Tabela 4: Distribuição de frequência nos itens relacionados à inovação

Itens	Freq.	Pouco Satisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
Nível de satisfação com o resultado que a inovação teve (Ref D1Q31)	n	2	2	10	9	23
	%	8,70	8,70	43,48	39,12	100,00
Satisfação com o esperado de progresso pessoal com esta inovação (Ref D1Q34)	n	1	2	11	9	23
	%	4,35	8,70	47,83	39,12	100,00
Grau de satisfação pela contribuição que esta inovação trouxe para a sua empresa	n	2	1	12	8	23
	%	8,70	4,35	52,17	34,78	100,00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 9: Distribuição de frequência nos itens relacionados à inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

De forma geral, temos um nível de satisfação alto sobre o resultado obtido com a inovação (a saber, as diversas experiências vivenciadas e relatadas pelos entrevistados no survey), o esperado do progresso pessoal com a inovação e com a contribuição que a inovação trouxe para a empresa. Pois o somatório do “Satisfeito” e “Muito Satisfeito” apresentou um somatório entre os itens avaliados acima de 60%.

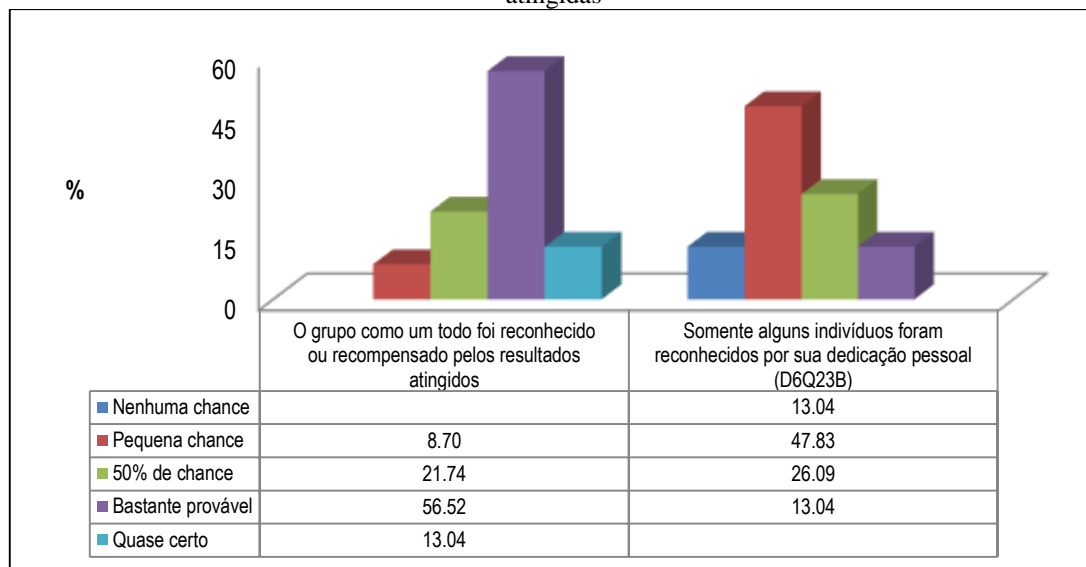
5.7 METAS DEFINIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA INOVAÇÃO QUE FORAM ATINGIDAS

Tabela 5: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao desenvolvimento da inovação que foram atingidas

Itens	Freq.	Nenhuma chance	Pequena chance	50% de chance	Bastante provável	Quase certo	Total
O grupo como um todo foi reconhecido ou recompensado pelos resultados atingidos	n	---	2	5	13	3	23
	%	---	8,70	21,74	56,52	13,04	100,00
Somente alguns indivíduos foram reconhecidos por sua dedicação pessoal (D6Q23B)	n	3	11	6	3	---	23
	%	13,04	47,83	26,09	13,04	---	100,00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 10: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao desenvolvimento da inovação que foram atingidas



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

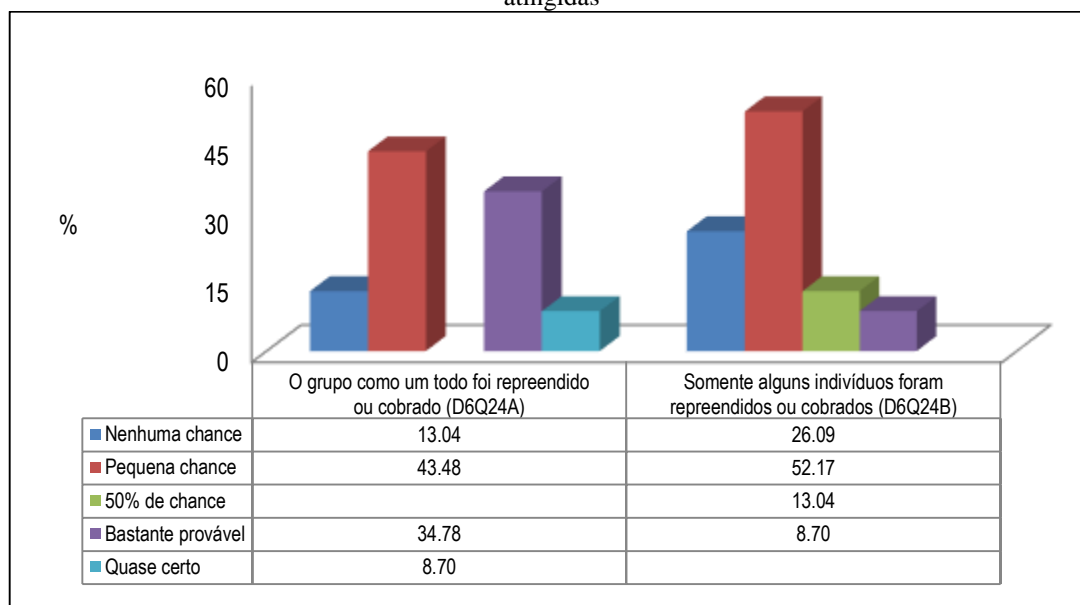
Dentre os entrevistados, 56,52% informaram ser bastante provável, com relação à afirmação “O grupo como um todo foi reconhecido ou recompensado pelos resultados atingidos”, seguido de 50% de chance (21,74%), quase certo (13,04%) e pequena chance (8,70%). Enquanto que 47,83% disseram que pequena a chance de somente alguns indivíduos serem reconhecidos por sua dedicação pessoal, seguido de 50% de chance (26,09%), nenhuma chance (13,04%) e bastante provável (13,04%).

5.8 METAS DEFINIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA INOVAÇÃO QUE NÃO FORAM ATINGIDAS

Tabela 6: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao desenvolvimento da inovação que não foram atingidas							
Itens	Freq.	Nenhuma chance	Pequena chance	50% de chance	Bastante provável	Quase certo	Total
O grupo como um todo foi repreendido ou cobrado (D6Q24A)	n	3	10	---	8	2	23
	%	13,04	43,48	---	34,78	8,70	100,00
Somente alguns indivíduos foram repreendidos ou cobrados (D6Q24B)	n	6	12	3	2	---	23
	%	26,09	52,17	13,04	8,70	---	100,00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 11: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao desenvolvimento da inovação que não foram atingidas



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Outros 43,48% informaram ser pequena a chance, com relação à afirmação “O grupo como um todo foi repreendido ou cobrado”, seguido de bastante provável (37,78%), nenhuma chance (13,04%) e quase certo (8,70%). Enquanto que 52,17% disseram que pequena a chance de somente alguns indivíduos serem repreendidos ou cobrados, seguido de nenhuma chance (26,09%), 50% de chance (13,04%) e bastante provável (8,70%).

5.9 LIDERANÇA NA INOVAÇÃO

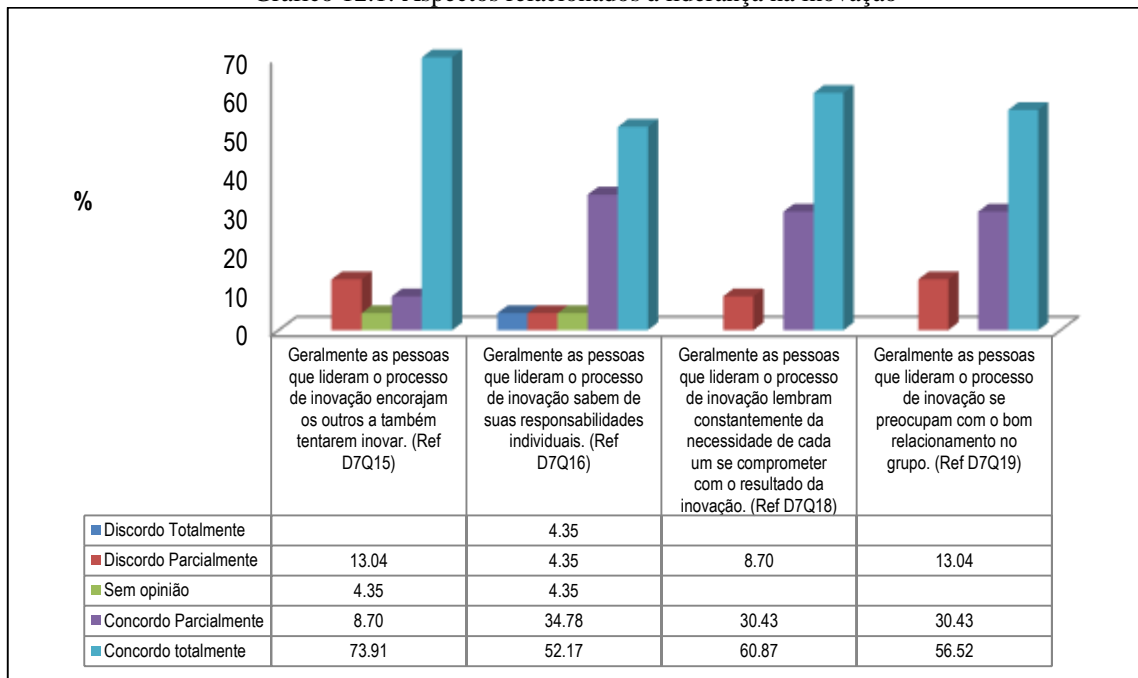
Tabela 7: Distribuição de frequência nos itens relacionados à liderança na inovação

Itens	Freq	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo totalmente	Total
Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação encorajam os outros a também tentarem inovar. (Ref D7Q15)	n	---	3	1	2	17	23
	%	---	13.04	4.35	8.70	73.91	100.00
Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação sabem de suas responsabilidades individuais. (Ref D7Q16)	n	1	1	1	8	12	23
	%	4.35	4.35	4.35	34.78	52.17	100.00
Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação lembram constantemente da necessidade de cada um se comprometer com o resultado da inovação. (Ref D7Q18)	n	---	2	---	7	14	23
	%	---	8.70	---	30.43	60.87	100.00
Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação se preocupam com o bom relacionamento no grupo. (Ref D7Q19)	n	---	3	---	7	13	23
	%	---	13.04	---	30.43	56.53	100.00
Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação confiam no grupo envolvido. (Ref D7Q21)	n	---	2	---	13	8	23
	%	---	8.70	---	56.52	34.78	100.00
Normalmente são incentivadas as críticas construtivas e novas informações que questionam o que está sendo feito para desenvolver a inovação. (Ref D8Q17)	n	1	2	1	9	10	23
	%	4.35	8.70	4.35	39.13	43.47	100.00
Normalmente as pessoas, em todas as situações que ocorrem no processo de inovação, tornam públicas as suas dúvidas sobre o que está sendo feito. (Ref D8Q20)	n	2	5	---	13	3	23
	%	8.70	21.74	---	56.52	13.04	100.00
Normalmente sinto-me à vontade para falar o que penso sobre o que está ocorrendo com o processo de inovação. (Ref D8Q22)	n	---	1	1	10	11	23
	%	---	4.35	4.35	43.48	47.82	100.00
Normalmente quando uma pessoa tenta fazer algo novo e falha, isto não afeta sua carreira na empresa. (Ref D9Q44)	n	3	7	---	11	2	23
	%	13.04	30.43	---	47.83	8.70	100.00
Nossa empresa valoriza as pessoas que tentam fazer algo diferente mesmo existindo erros ocasionais. (Ref D9Q45)	n	2	3	---	13	5	23
	%	8.70	13.04	---	56.52	21.74	100.00
Nossa empresa incentiva e encoraja a aprendermos coisas novas e experimentarmos novas idéias. (Ref D9Q46)	n	3	1	2	8	9	23
	%	13.04	4.35	8.70	34.78	39.13	100.00
Normalmente os líderes dão dicas para melhorar o trabalho, elogiam e encorajam as pessoas envolvidas na inovação. (Ref D7Q30)	n	1	2	---	13	7	23
	%	4.35	8.70	---	56.52	30.43	100.00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

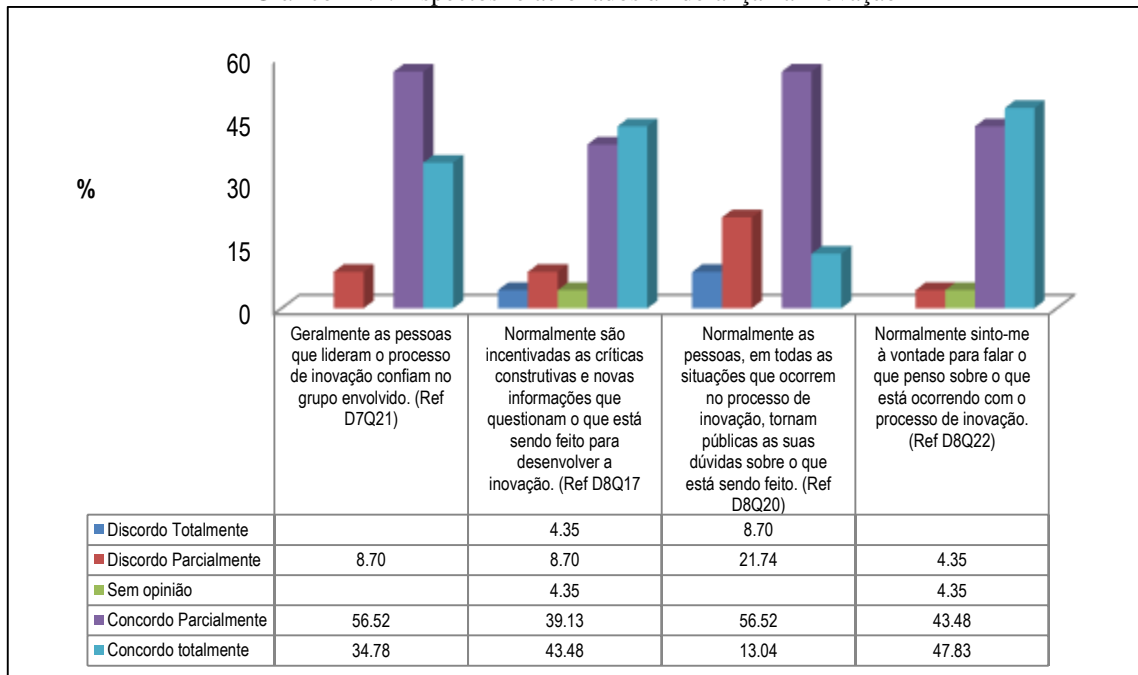
De forma geral, temos um grau de concordância alta sobre liderança na inovação nos itens avaliados. Pois o somatório do “Concordo parcialmente” e “Concordo totalmente” entre os itens avaliados foram acima de 60%. Entretanto no item “Normalmente quando uma pessoa tenta fazer algo novo e falha, isto não afeta sua carreira na empresa”, onde o somatório foi inferior a 60%.

Gráfico 12.1: Aspectos relacionados à liderança na inovação



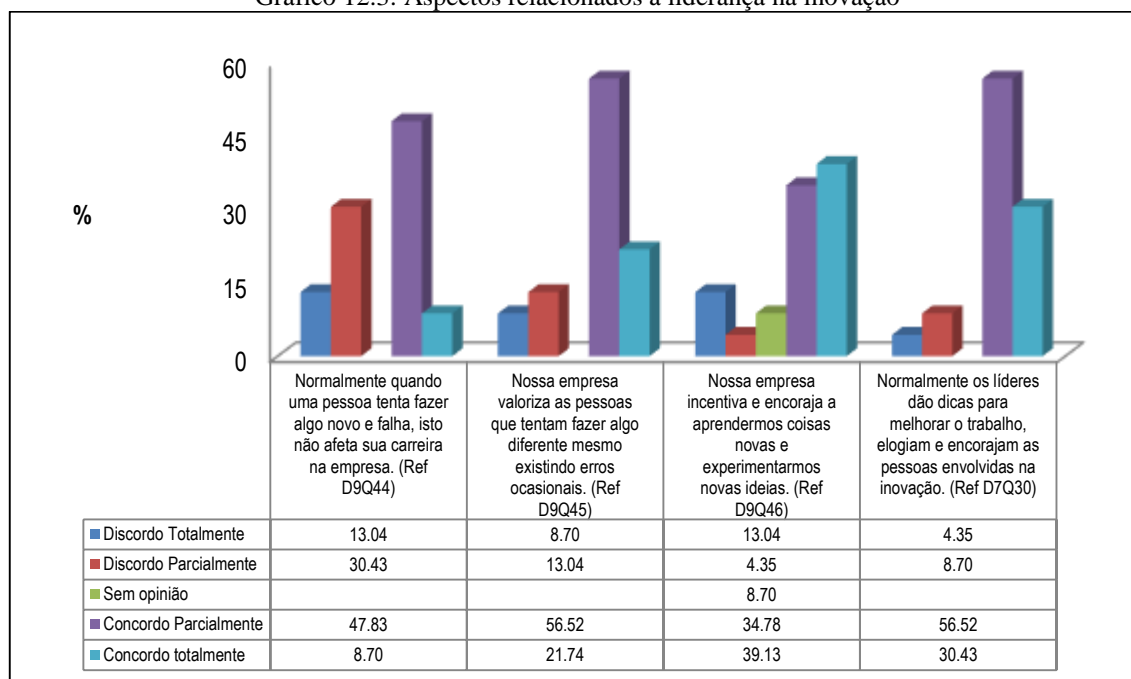
Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 12.2: Aspectos relacionados à liderança na inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 12.3: Aspectos relacionados à liderança na inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

5.10 APOIO NA INOVAÇÃO

Tabela 8: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao apoio na inovação

Itens	Freq	Nada	Muito pouco	Em parte	Bastante	Muito	Total
Quanto você ou seu grupo precisou de apoio, informações ou ajuda de outras pessoas ou grupos para desenvolver esta inovação? (Ref MIS II D10Q5)	n	---	1	5	13	4	23
	%	---	4,35	21,74	56,52	17,39	100,00
Quanto do trabalho que você ou seu grupo deveria desenvolver normalmente foi feito por outras pessoas ou grupos para que você pudesse desenvolver esta inovação? (Ref MIS II D10Q7)	n	1	8	8	5	1	23
	%	4,35	34,78	34,78	21,74	4,35	100,00
Na interação entre você e o grupo que participou desta inovação ⁸ , houve conversas ou discussões que auxiliavam no relacionamento entre vocês e que ajudaram no desenvolvimento desta inovação? (Ref MIS II D11Q3 a)	n	---	1	2	13	7	23
	%	---	4,35	8,70	56,52	30,43	100,00
Na interação entre você e o grupo que participou desta inovação, foram escritos documentos ou anotações explicando como a parceria entre vocês estava sendo feita e como isto ajudava no processo de inovação? (Ref MIS II D11Q3 b)	n	---	8	5	5	5	23
	%	---	34,78	21,74	21,74	21,74	100,00
Você se considera satisfeito com essa parceria? (Ref MIS II D12Q10)	n	---	2	1	15	5	23
	%	---	8,70	4,35	65,21	21,74	100,00
Os compromissos assumidos com você por	n	---	1	8	12	2	23

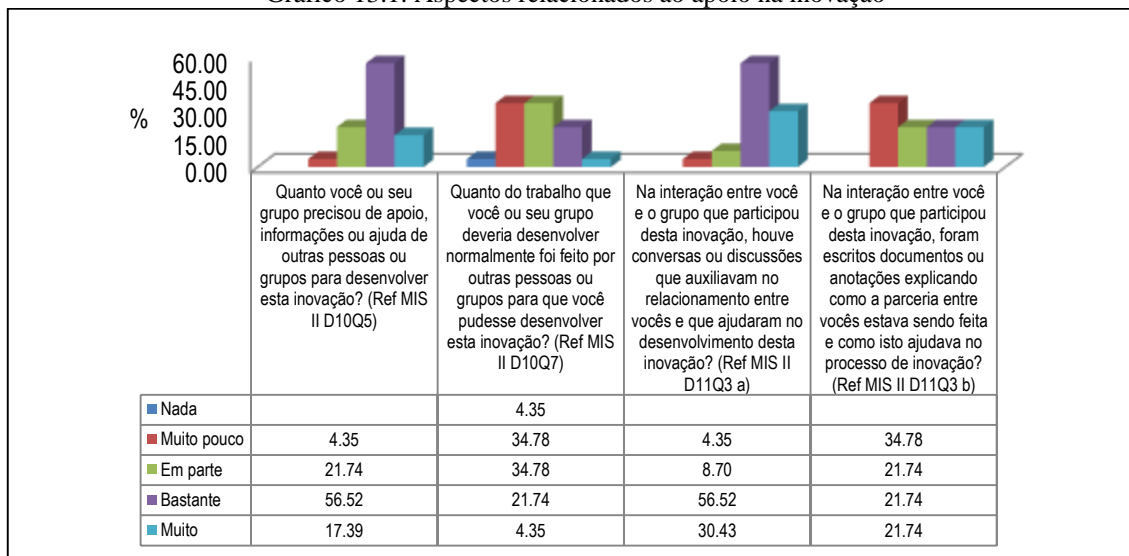
⁸ A palavra inovação apresentada em vários dos resultados apresentados, relaciona-se com as experiências de inovação vivenciadas e relatadas pelos entrevistados durante a pesquisa.

outras pessoas ou grupos para desenvolver esta inovação, foram cumpridos? (Ref MIS II D12Q11)	%	---	4,35	34,78	52,17	8,70	100,00
Você ou seu grupo de inovação, quando precisaram alterar as atividades de outras pessoas ou grupos, conseguiram facilmente fazer esta mudança? (Ref MIS D13Q14)	n	---	5	14	4	---	23
	%	---	21,74	60,87	17,39	---	100,00
Você ou seu grupo, para atingir os objetivos desta inovação, tiveram apoio de outras pessoas ou grupos da empresa? (Ref II D26Q2)	n	---	3	7	10	3	23
	%	---	13,04	30,43	43,49	13,04	100,00
Até que ponto o trabalho realizado em parceria com outras pessoas ou grupos poderá ser usado em outros projetos que envolvem a inovação? (Ref II D26Q15)	n	---	---	5	9	9	23
	%	---	---	21,74	39,13	39,13	100,00
Ocorreram conflitos ou divergências de opiniões entre você ou seu grupo com outras pessoas ou grupos da empresa que se envolveram com a inovação? (Ref II D27Q17)	n	---	6	11	6	---	23
	%	---	26,09	47,83	26,08	---	100,00
Na execução desta inovação, sei que podia confiar nas pessoas que fizeram parte da inovação, assim como elas também podiam confiar em mim? (Ref MIS D27Q9)	n	---	---	5	12	6	23
	%	---	---	21,74	52,17	26,09	100,00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

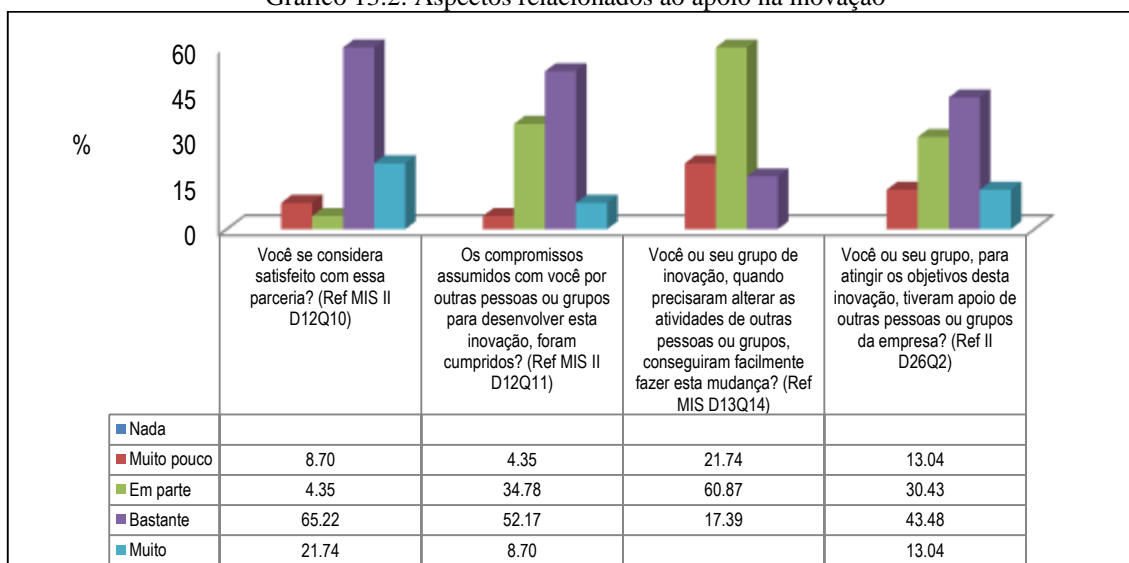
De forma geral, temos um percentual acima de 60% nas respostas Bastante e Muito na maioria dos itens avaliados de apoio na inovação. Entretanto nos itens: “Quanto do trabalho que você ou seu grupo deveria desenvolver normalmente foi feito por outras pessoas ou grupos para que você pudesse desenvolver esta inovação”, “Na interação entre você e o grupo que participou desta inovação, foram escritos documentos ou anotações explicando como a parceria entre vocês estava sendo feita e como isto ajudava no processo de inovação”, “Você ou seu grupo de inovação, quando precisaram alterar as atividades de outras pessoas ou grupos, conseguiram facilmente fazer esta mudança”, “Você ou seu grupo, para atingir os objetivos desta inovação, tiveram apoio de outras pessoas ou grupos da empresa” e “Ocorreram conflitos ou divergências de opiniões entre você ou seu grupo com outras pessoas ou grupos da empresa que se envolveram com a inovação”, a maior frequência de resposta ficou entre nada muito pouco e em parte.

Gráfico 13.1: Aspectos relacionados ao apoio na inovação



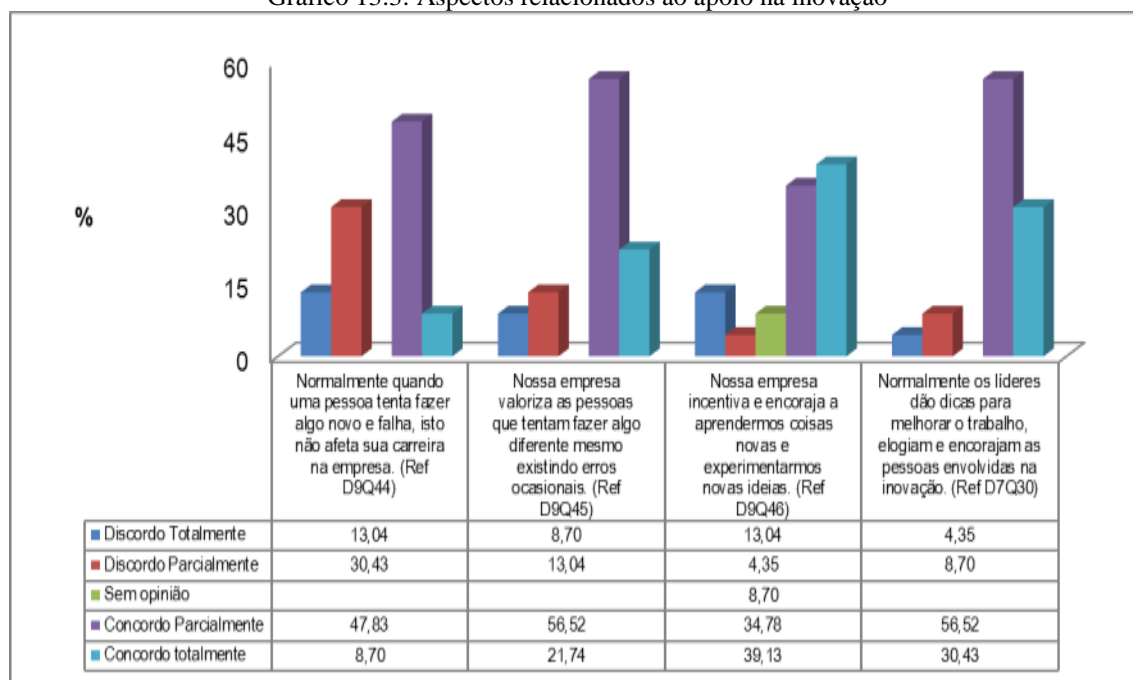
Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 13.2: Aspectos relacionados ao apoio na inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 13.3: Aspectos relacionados ao apoio na inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

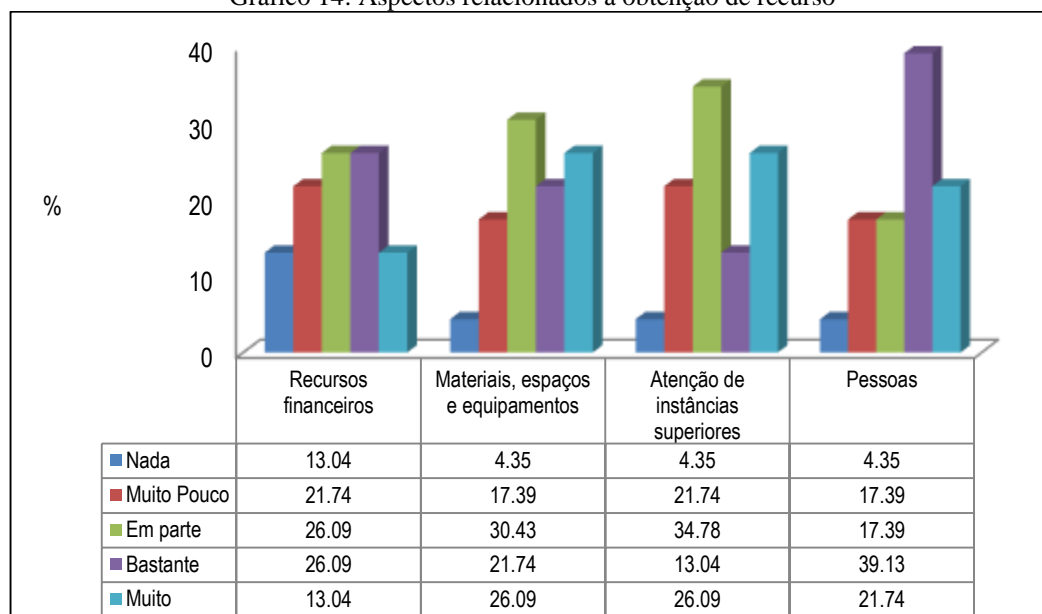
5.11 OBTENÇÃO DE RECURSO

Tabela 9: Distribuição de frequência nos itens relacionados à obtenção de recurso

Itens	Freq	Nada	Muito pouco	Em parte	Bastante	Muito	Total
Recursos financeiros	n	3	5	6	6	3	23
	%	13,04	21,74	26,09	26,09	13,04	100,00
Materiais, espaços e equipamentos	n	1	4	7	5	6	23
	%	4,35	17,39	30,43	21,74	26,09	100,00
Atenção de instâncias superiores	n	1	5	8	3	6	23
	%	4,35	21,74	34,78	13,04	26,09	100,00
Pessoas	n	1	4	4	9	5	23
	%	4,35	17,39	17,39	39,13	21,74	100,00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 14: Aspectos relacionados à obtenção de recurso



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Com relação à obtenção de recurso, temos o item relacionado a pessoas com maior frequência de resposta entre “bastante” e “muito”. Enquanto que recursos financeiros, materiais, espaços, equipamentos e atenção de instâncias superiores apresentou maior distribuição de frequência entre “Nada”, “Muito pouco” e “Em parte”.

5.12 ENGAJAMENTO NA INOVAÇÃO

Tabela 10: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao engajamento na inovação

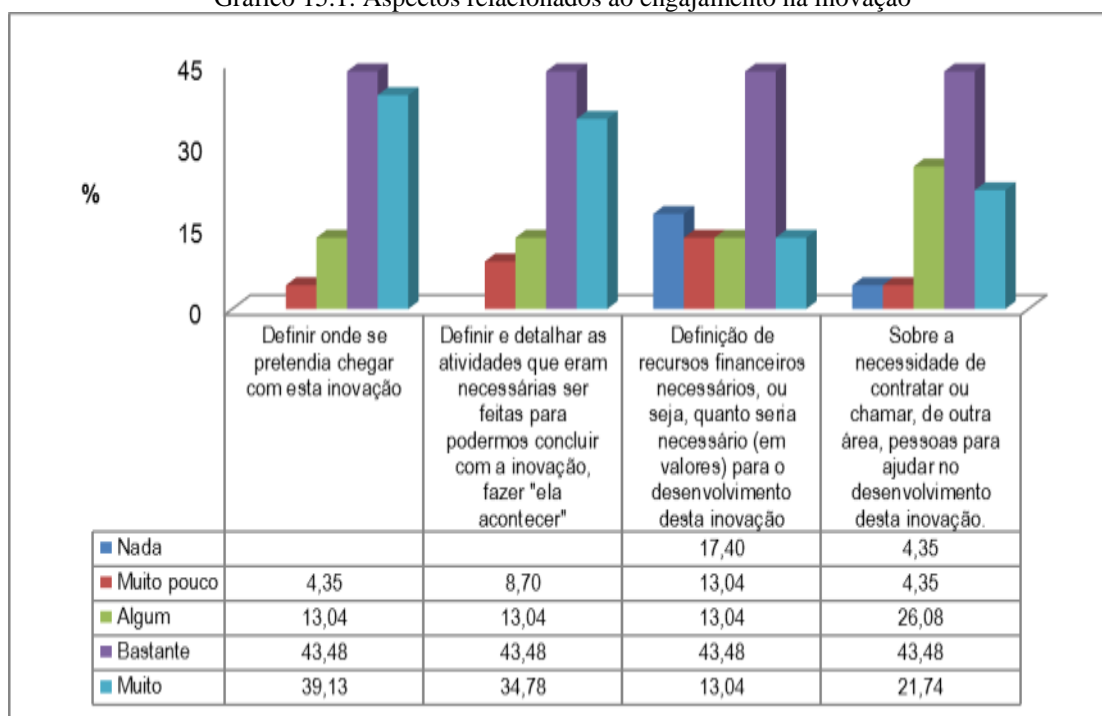
Itens	Freq	Nada	Muito pouco	Algum	Bastante	Muito	Total
Definir onde se pretendia chegar com esta inovação	n	---	1	3	10	9	23
	%	---	4,35	13,04	43,48	39,13	100,00
Definir e detalhar as atividades que eram necessárias ser feitas para podermos concluir com a inovação, fazer "ela acontecer"	n	---	2	3	10	8	23
	%	---	8,70	13,04	43,48	34,78	100,00
Definição de recursos financeiros necessários, ou seja, quanto seria necessário (em valores) para o desenvolvimento desta inovação	n	4	3	3	10	3	23
	%	17,40	13,04	13,04	43,48	13,04	100,00
Sobre a necessidade de contratar ou chamar, de outra área, pessoas para ajudar no desenvolvimento desta inovação.	n	1	1	6	10	5	23
	%	4,35	4,35	26,08	43,48	21,74	100,00
Quantas regras existiam que indicassem como você deveria proceder para desenvolver esta inovação? (Ref D4Q4)	n	---	2	10	8	3	23
	%	---	8,70	43,48	34,78	13,04	100,00
Qual a intensidade que você percebe de ajuda ou apoio de outras pessoas ou grupos da empresa? (Ref MIS D12Q19)	n	---	---	9	8	6	23
	%	---	---	39,13	34,78	26,09	100,00
Existiam regras, manuais ou	n	3	6	3	7	4	23

procedimentos que indicavam como seu trabalho deveria ser executado? (Ref D4Q5 a)	%	13,04	26,09	13,04	30,44	17,39	100,00
Se existiam, eram detalhadas? (Ref D4Q5 b)	n	3	6	6	3	5	23
	%	13,04	26,09	26,09	13,04	21,74	100,00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

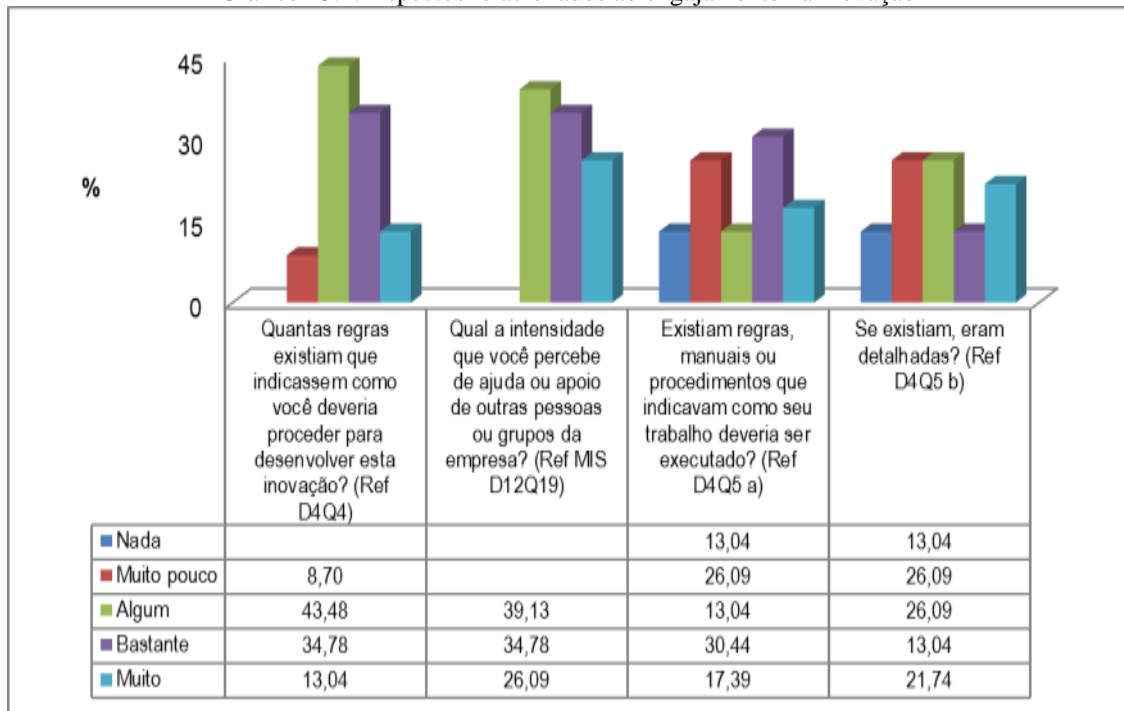
De forma geral, temos um maior percentual entre “Bastante” e “Muito” sobre engajamento na inovação na maioria dos itens avaliados, apresentando somatório entre os itens avaliados acima de 60%. Entretanto, nos itens “Definição de recursos financeiros necessários, ou seja, quanto seria necessário (em valores) para o desenvolvimento desta inovação”, “Quantas regras existiam que indicassem como você deveria proceder para desenvolver esta inovação”, “Existiam regras, manuais ou procedimentos que indicavam como seu trabalho deveria ser executado” e “Se existiam, eram detalhadas”, o somatório foram inferiores a 60%.

Gráfico 15.1: Aspectos relacionados ao engajamento na inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 15.2: Aspectos relacionados ao engajamento na inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

5.13 COMUNICAÇÃO NA INOVAÇÃO

Tabela 11: Distribuição de frequência nos itens relacionados à comunicação na inovação

Itens	Freq	Sem contato	Mensal	Semanal	Diariamente	Mais de uma vez por dia	Total
Indivíduos de outros grupos que também estavam trabalhando com a inovação	n %	--- ---	6 26,09	13 56,52	4 17,39	--- ---	23 100,00
Pessoas de outros departamentos da organização	n %	1 4,35	9 39,13	6 26,09	7 30,43	--- ---	23 100,00
Pessoas de níveis superiores na organização	n %	--- ---	11 47,83	5 21,74	7 30,43	--- ---	23 100,00
Consultores de outras organizações	n %	9 39,13	8 34,79	3 13,04	3 13,04	--- ---	23 100,00
Consumidores	n %	9 39,13	8 34,78	3 13,04	2 8,70	1 4,35	23 100,00
Fornecedores	n %	15 65,22	3 13,04	5 21,74	--- ---	--- ---	23 100,00
Pessoas do governo ou de agências reguladoras	n %	13 56,52	6 26,09	4 17,39	--- ---	--- ---	23 100,00
Durante esse período, com que frequência ocorreram desentendimentos (conflitos, brigas) entre as pessoas que trabalharam com você, do seu grupo, no desenvolvimento desta inovação? (Ref D24Q27)	n %	10 43,48	10 43,48	3 13,04	--- ---	--- ---	23 100,00
Durante o desenvolvimento desta	n	1	6	9	7	---	23

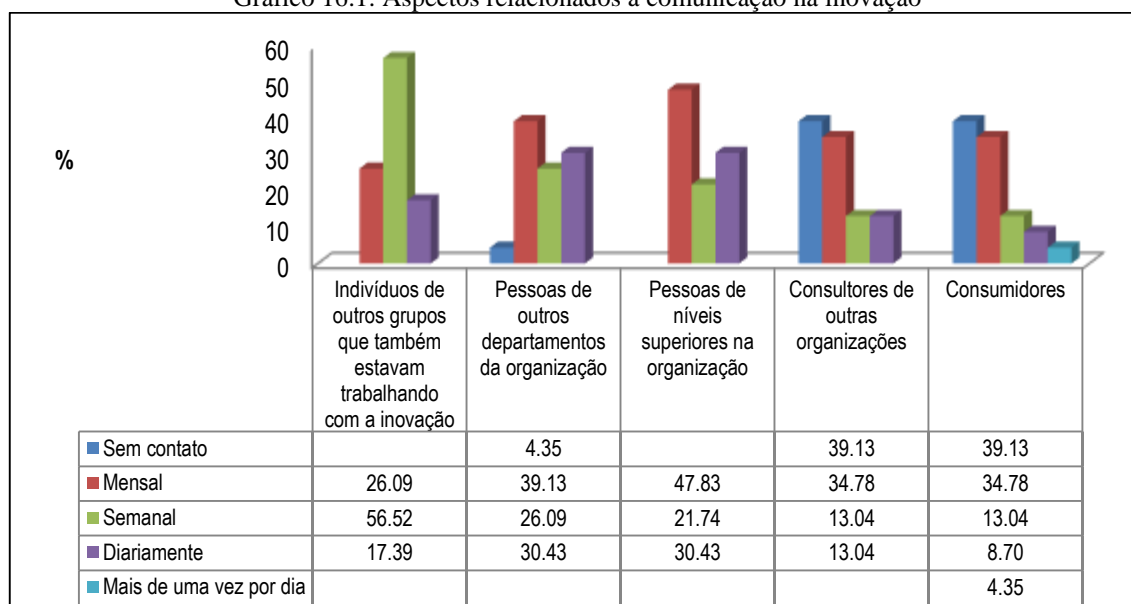
inovação, qual a frequência de comunicação entre você e seu grupo com pessoas de outras áreas da empresa que também se envolveram com esta inovação? (Ref MIS II D28Q16)

	%	4,35	26,09	39,13	30,43	---	100,00
--	---	------	-------	-------	-------	-----	--------

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

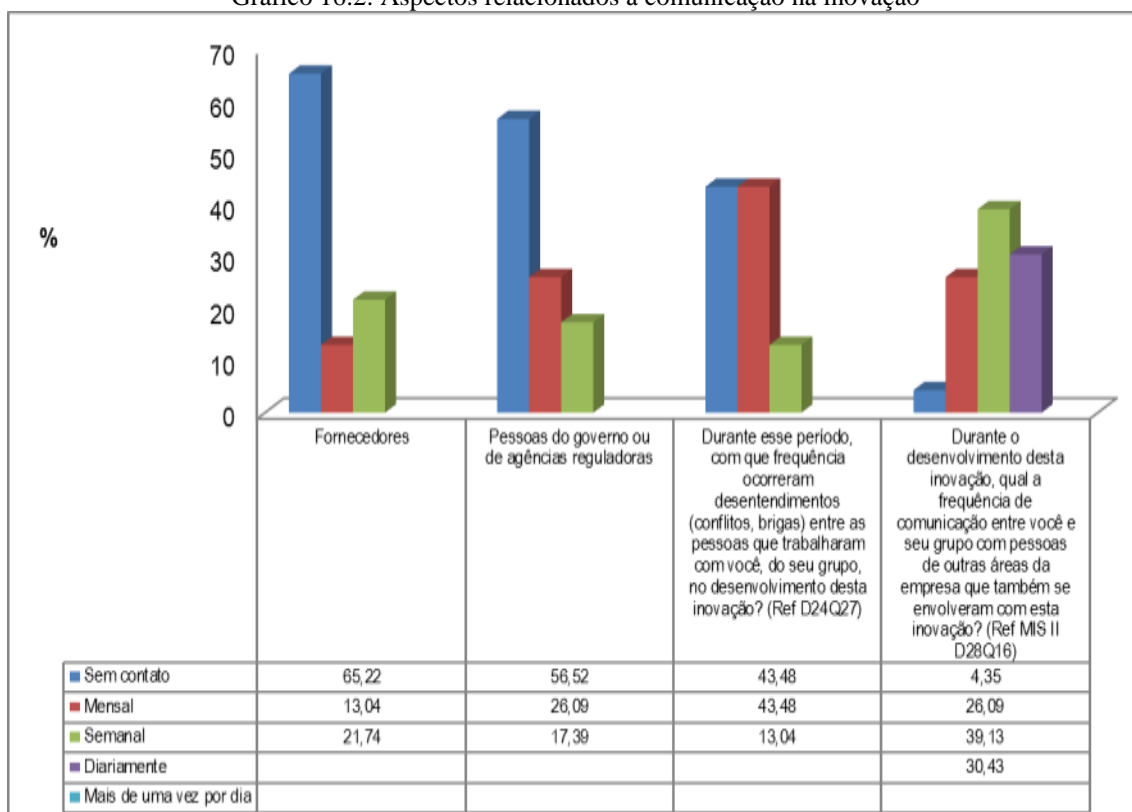
Nos aspectos relacionados à comunicação na inovação, temos em todos os itens avaliados a distribuição de respostas entre “Sem contato”, “Mensal” e “Semanal”.

Gráfico 16.1: Aspectos relacionados à comunicação na inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 16.2: Aspectos relacionados à comunicação na inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

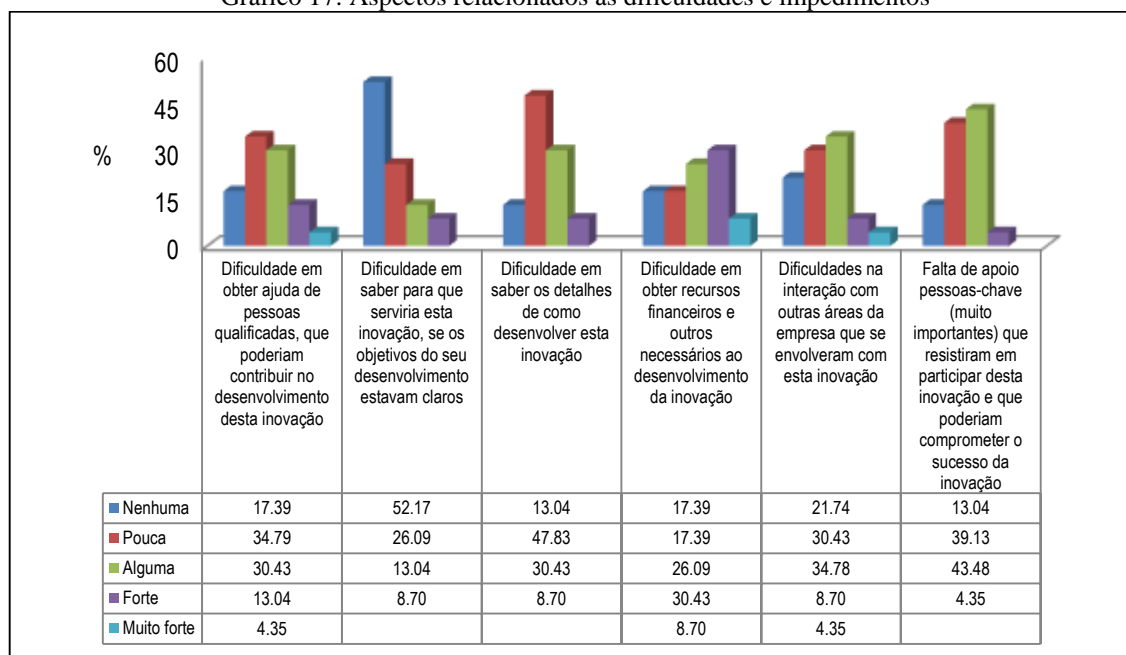
5.14 DIFICULDADES E IMPEDIMENTOS

Tabela 12: Distribuição de frequência nos itens relacionados às dificuldades e impedimentos

Itens	Freq	Nenhuma	Pouca	Alguma	Forte	Muito forte	Total
Dificuldade em obter ajuda de pessoas qualificadas, que poderiam contribuir no desenvolvimento desta inovação	n	4	8	7	3	1	23
	%	17,39	34,79	30,43	13,04	4,35	100,00
Dificuldade em saber para que serviria esta inovação, se os objetivos do seu desenvolvimento estavam claros	n	12	6	3	2	---	23
	%	52,17	26,09	13,04	8,70	---	100,00
Dificuldade em saber os detalhes de como desenvolver esta inovação	n	3	11	7	2	---	23
	%	13,04	47,83	30,43	8,70	---	100,00
Dificuldade em obter recursos financeiros e outros necessários ao desenvolvimento da inovação	n	4	4	6	7	2	23
	%	17,39	17,39	26,09	30,43	8,70	100,00
Dificuldades na interação com outras áreas da empresa que se envolveram com esta inovação	n	5	7	8	2	1	23
	%	21,74	30,43	34,78	8,70	4,35	100,00
Falta de apoio pessoas-chave (muito importantes) que resistiram em participar desta inovação e que poderiam comprometer o sucesso da inovação	n	3	9	10	1	---	23
	%	13,04	39,13	43,48	4,35	---	100,00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 17: Aspectos relacionados às dificuldades e impedimentos



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Avaliando o somatório das respostas “Forte” e “Muito forte”, temos que a maior dificuldade está em obter recursos financeiros e outros necessários ao desenvolvimento da inovação.

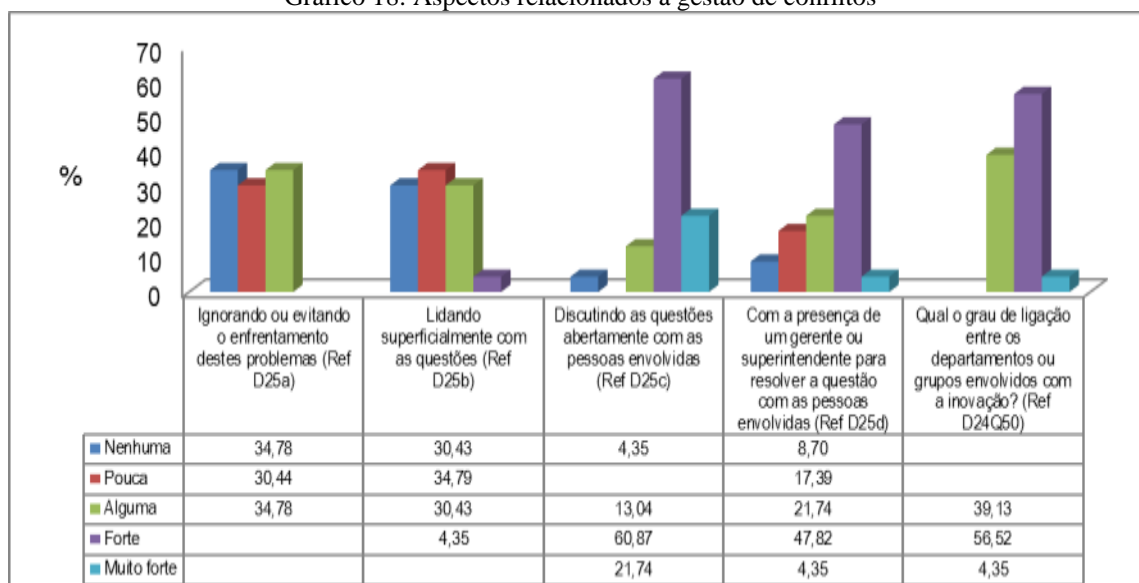
5.15 GESTÃO DE CONFLITOS

Tabela 13: Distribuição de frequência nos itens relacionados à gestão de conflitos

Itens	Freq	Nenhuma	Pouca	Alguma	Forte	Muito forte	Total
Ignorando ou evitando o enfrentamento destes problemas (Ref D25a)	n	8	7	8	---	---	23
	%	34,78	30,44	34,78	---	---	100,00
Lidando superficialmente com as questões (Ref D25b)	n	7	8	7	1	---	23
	%	30,43	34,79	30,43	4,35	---	100,00
Discutindo as questões abertamente com as pessoas envolvidas (Ref D25c)	n	1	---	3	14	5	23
	%	4,35	---	13,04	60,87	21,74	100,00
Com a presença de um gerente ou superintendente para resolver a questão com as pessoas envolvidas (Ref D25d)	n	2	4	5	11	1	23
	%	8,70	17,39	21,74	47,82	4,35	100,00
Qual o grau de ligação entre os departamentos ou grupos envolvidos com a inovação? (Ref D24Q50)	n	---	---	9	13	1	23
	%	---	---	39,13	56,52	4,35	100,00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

Gráfico 18: Aspectos relacionados à gestão de conflitos



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Sobre os aspectos relacionados à gestão de conflitos, temos que as discussões sobre as questões abertamente com as pessoas envolvidas e o grau de ligação entre os departamentos ou grupos envolvidos com a inovação apresentam maior percentual nas respostas “Forte” e “Muito Forte”.

5.16 PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO A INOVAÇÃO

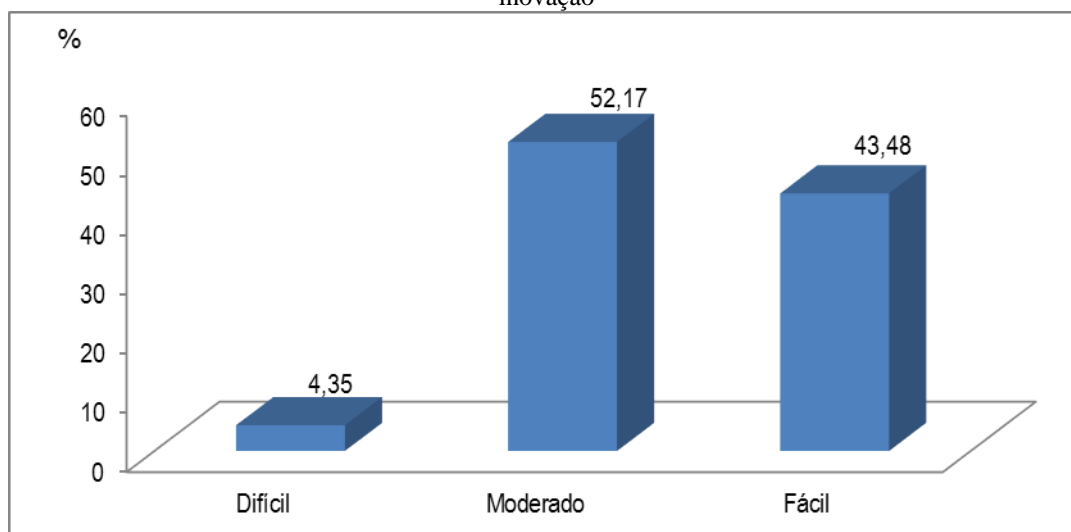
Tabela 14: Distribuição de frequência nos itens relacionados ao planejamento e execução a inovação

Itens	Resposta	Frequência absoluta	%
Você tinha facilidade em saber com antecedência os passos corretos e necessários para desenvolver esta inovação (passos significam etapas e iniciativas tomadas que foram fundamentais para o prosseguimento da inovação)? (Ref D2Q2)	Difícil	1	4.35
	Moderado	12	52.17
	Fácil	10	43.48
Você tinha alguma certeza de que a inovação iria dar certo? (Ref D2Q3)	Pouca Certeza	1	4.35
	Certeza Moderada	8	34.78
	Muita Certeza	9	39.13
	Certeza Absoluta	5	21.74
Na fase de inovação que você participou, com que frequência surgiram problemas	Diversas vezes por dia	1	4.35

difíceis de serem resolvidos? (Ref D2Q11)	Algumas vezes por dia	2	8.70
	Quase diariamente	5	21.74
	Quase semanalmente	11	47.82
	Mensalmente ou menos	4	17.39
Os problemas eram diferentes cada vez que surgiram? (Ref D2Q12)	Quase sempre os mesmos	3	13.04
	Um pouco diferentes entre si	16	69.57
	Bastante diferentes entre si	3	13.04
	Completamente diferentes	1	4.35
Durante a fase de inovação que você participou, o seu trabalho aumentou? (Ref D3Q6)	Geralmente não causou sobrecarga	1	4.35
	Às vezes causou sobrecarga	6	26.09
	Na medida certa de se lidar	7	30.43
	Difícil de dar conta	8	34.78
	Quase impossível de dar conta	1	4.35
Com que antecedência você sabia o tipo de trabalho que seria cobrado de você? (Ref D2Q7)	1 hora	1	4.35
	1 dia	4	17.39
	1 mês	9	39.13
	1 semana	9	39.13
Quanto tempo você acredita que a parceria entre o seu grupo e outros grupos que participaram da inovação durou? (Ref D29)	Terminou com a implantação da inovação	1	4.35
	Até 6 meses após o término da implantação	4	17.39
	1 ano após o término da implantação	2	8.70
	Ainda está fortemente presente	16	69.56
Total		23	100,00

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

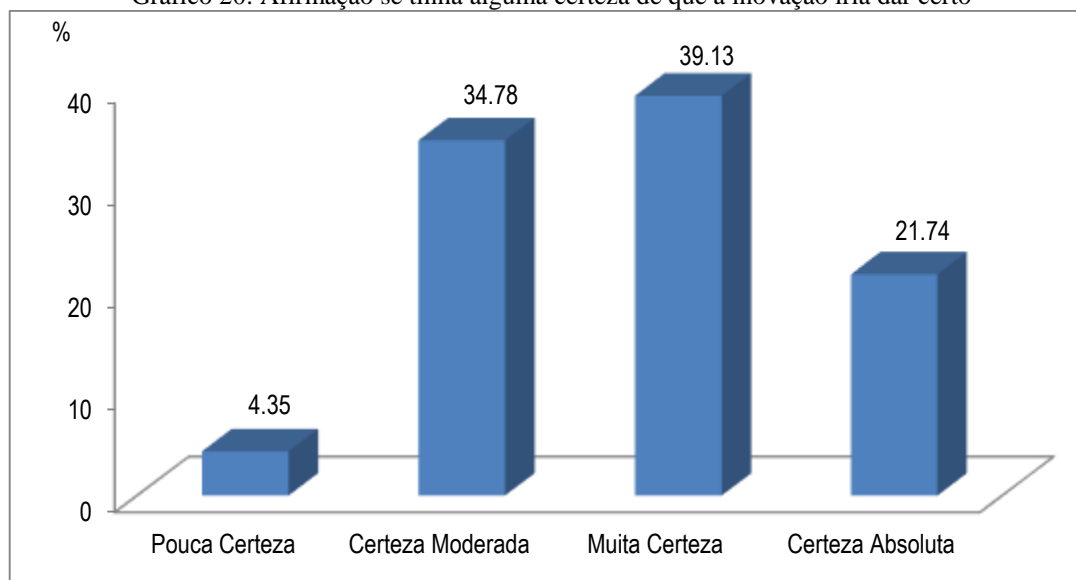
Gráfico 19: Facilidade em saber com antecedência os passos corretos e necessários para desenvolver esta inovação



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Na facilidade em saber com antecedência os passos corretos e necessários para desenvolver esta inovação, temos a seguinte distribuição dos resultados: difícil (4,35%), moderado (52,17%) e fácil (43,48%).

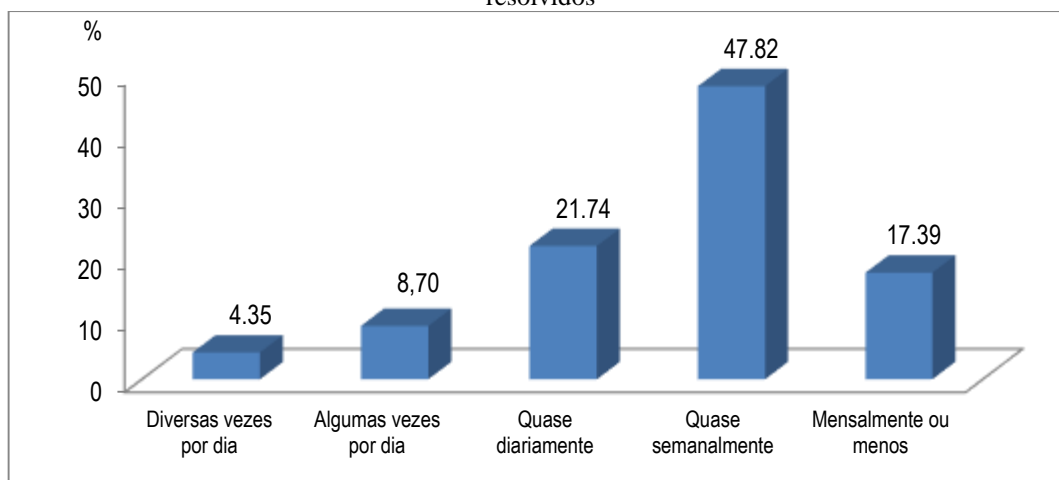
Gráfico 20: Afirmação se tinha alguma certeza de que a inovação iria dar certo



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Já na afirmação sobre se tinha alguma certeza de que a inovação iria dar certo, temos o respectivo do resultado: pouca certeza (4,35%), certeza moderada (34,78%), muita certeza (39,13%) e certeza absoluta (21,74%).

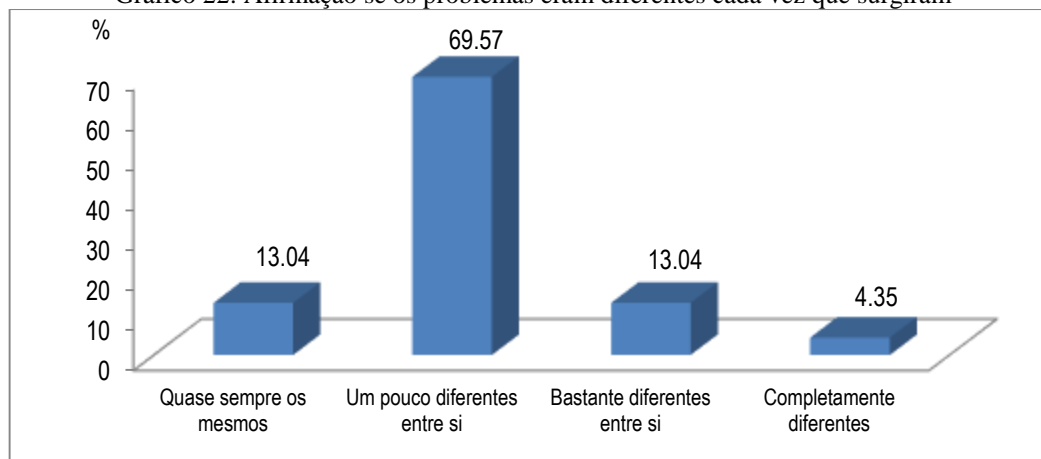
Gráfico 21: Na fase de inovação que se participou, com que frequência surgiram problemas difíceis de serem resolvidos



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Com relação à frequência sobre na fase da inovação que surgiram problemas difíceis de serem resolvidos, 47,82% informaram que quase semanalmente, seguido de quase diariamente (21,74%), mensalmente ou menos (17,39%), algumas vezes por dia (8,70%) e diversas vezes por dia (4,35%).

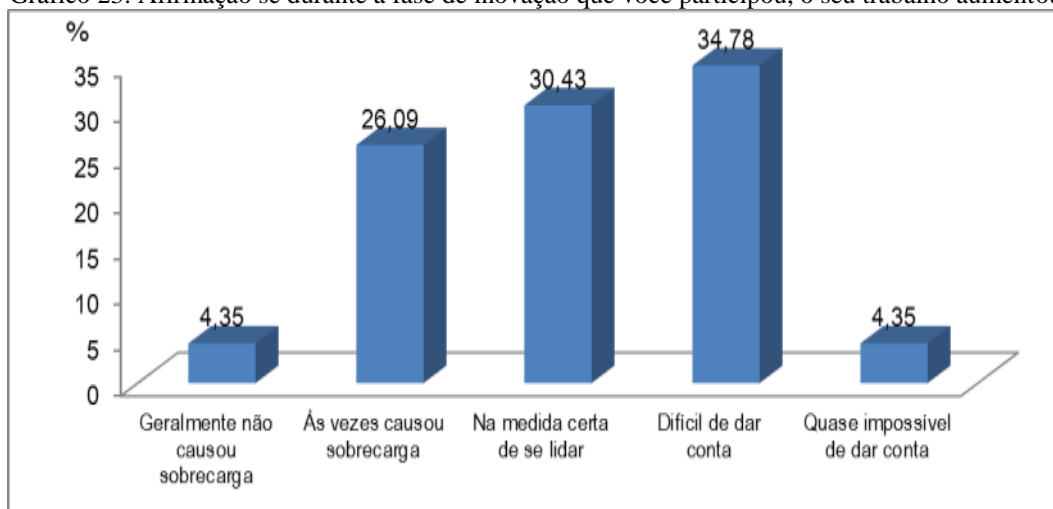
Gráfico 22: Afirmação se os problemas eram diferentes cada vez que surgiram



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Além disso, temos que 69,57% dos problemas eram um pouco diferentes entre si, enquanto que quase sempre os mesmos, bastante diferentes entre si e completamente diferentes apresentaram os seguintes percentuais: 13,04%, 13,04% e 4,35%.

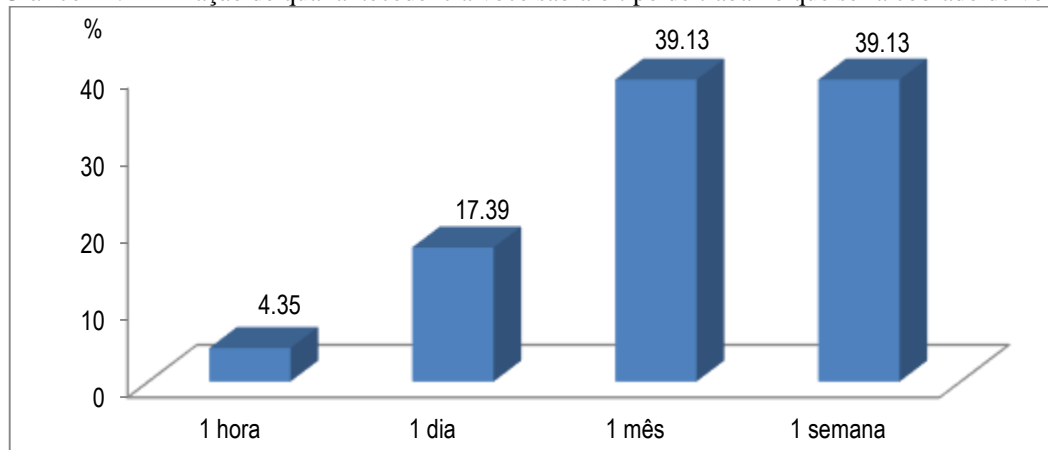
Gráfico 23: Afirmação se durante a fase de inovação que você participou, o seu trabalho aumentou



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Quanto se houve aumento do trabalho durante a fase de inovação, temos as respectivas respostas: geralmente não causou sobrecarga (4,35%), às vezes causou sobrecarga (26,09%), na medida certa de se lidar (30,43%), difícil de dar conta (34,78%) e quase impossível de dar conta (4,35%).

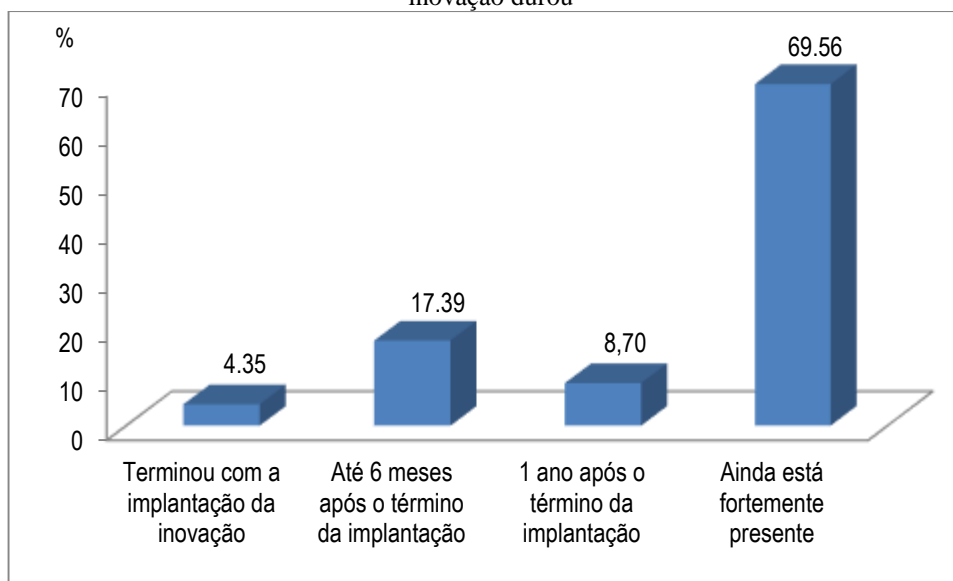
Gráfico 24: Afirmação de qual antecedência você sabia o tipo de trabalho que seria cobrado de você



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Sobre com qual tempo teve de antecedência você sabia o tipo de trabalho que seria cobrado de você, 39,13% informam 1 mês ou 1 semana, 17,39% em 1 dia e 4,35% 1 hora.

Gráfico 25: Tempo que você acredita que a parceria entre o seu grupo e outros grupos que participaram da inovação durou



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2017.

Por último, 69,56% informaram que ainda está fortemente presente a parceria entre o seu grupo e outros grupos que participaram da inovação durou.

5.17 COMPARAÇÃO DAS DIMENSÕES

A seguir, teremos médias aritméticas das dimensões calculadas pelos seus respectivos atributos, em que foram atribuídas notas de 1 a 5 (quanto maior o valor, melhor será o desempenho), obedecendo o critério das respostas inversas.

Tabela 15: Comparação das dimensões									
Domínios	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	Média	DV*	CV**	Valor - p
(1) Satisfação da inovação	2,00	5,00	4,00	4,00	5,00	4,16	0,80	19,30	
(2) Metas de inovação atingidas	1,00	4,00	3,00	3,00	3,50	3,04	0,56	18,48	
(3) Metas de inovação não atingidas	1,00	3,50	2,00	2,50	3,00	2,43	0,73	29,89	
(4) Liderança na inovação	1,58	4,75	3,58	4,25	4,50	4,01	0,77	19,12	
(5) Apoio na inovação	2,73	4,36	3,36	3,64	3,91	3,60	0,43	11,82	
(6) Obtenção de recursos	1,75	5,00	2,75	3,25	4,00	3,36	0,93	27,74	0,000
(7) Engajamento na inovação	2,88	4,88	3,13	3,50	3,88	3,59	0,55	15,23	
(8) Comunicação na inovação	1,33	3,33	1,89	2,22	2,67	2,27	0,52	22,79	
(9) Dificuldades e impedimentos	1,33	4,33	1,83	2,33	2,83	2,40	0,71	29,60	
(10) Gestão de conflitos	1,60	3,80	2,80	3,00	3,20	2,98	0,50	16,91	
(11) Planejamento e executando a inovação	2,57	4,29	3,29	3,43	3,86	3,47	0,41	11,95	

* Desvio Padrão

** Coeficiente de Variação

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

Através do gráfico e da tabela acima dispostos, e verificada por meio da aplicação do teste não paramétrico de *Kruskal Waills*, para um nível de significância de 1%, temos evidências de diferenças estatísticas entre as 11 dimensões estudadas. Podemos observar, no teste de comparações múltiplas de *Kruskal-Wallis* (Tabela 16), de forma geral, a satisfação com a inovação, liderança na inovação, apoio na inovação, obtenção de recursos, engajamento na inovação e planejamento e executando a inovação apresentaram melhor desempenho.

Tabela 16: Teste de comparação múltipla de <i>Kruskal-Wallis</i> nos domínios			
Comparação	Diferença significativa	Comparação	Diferença significativa
01 - 02	**	04 - 06	NS
01 - 03	**	04 - 07	NS
01 - 04	NS	04 - 08	**
01 - 05	NS	04 - 09	**
01 - 06	NS	04 - 10	**
01 - 07	NS	04 - 11	NS
01 - 08	**	05 - 06	NS
01 - 09	**	05 - 07	NS
01 - 10	**	05 - 08	**
01 - 11	NS	05 - 09	**
02 - 03	NS	05 - 10	NS
02 - 04	**	05 - 11	NS
02 - 05	NS	06 - 07	NS
02 - 06	NS	06 - 08	**
02 - 07	NS	06 - 09	NS
02 - 08	NS	06 - 10	NS
02 - 09	NS	06 - 11	NS

02 - 10	NS	06 - 12	**
02 - 11	NS	07 - 08	**
03 - 04	**	07 - 09	NS
03 - 05	**	07 - 11	NS
03 - 06	NS	08 - 09	NS
03 - 07	**	08 - 10	NS
03 - 08	NS	08 - 11	**
03 - 09	NS	09 - 10	NS
03 - 10	NS	09 - 11	**
03 - 11	**	10 - 11	NS
04 - 05	NS		

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

**Significativo NS-Não Significativo

Tabela 17: Análise de correlação das dimensões estudadas

Correlação	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11
D1	1	0,11	-0,15	0,40	0,31	0,55**	0,38	-0,07	-0,20	-0,05	0,27
D2		1	0,04	0,18	0,17	0,32	0,29	-0,03	-0,34	0,19	-0,39
D3			1	-0,21	0,10	0,04	-0,05	0,38	0,12	0,22	-0,07
D4				1	0,64**	0,39	0,24	-0,21	-0,24	0,18	0,44*
D5					1	0,30	0,38	0,57**	-0,37	0,06	0,63**
D6						1	0,04	0,11	0,18	0,32	0,22
D7							1	-0,18	-0,22	-0,04	0,17
D8								1	0,41	0,45*	-0,30
D9									1	0,28	-0,11
D10										1	0,18
D11											1

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2017.

*Valor - p < 0,05 **Valor - p < 0,01

Para um nível de significância de 5%, temos correlações moderadas positivas estatisticamente significantes entre a dimensão satisfação da inovação com a obtenção de recursos, liderança na inovação com apoio na inovação e planejamento e executando a inovação, apoio na inovação com planejamento e executando a inovação, e comunicação na

inovação com gestão de conflitos. À medida que uma dimensão aumenta a outra tende a aumentar também.

Além disso, temos correlação moderada negativa estatisticamente significativa entre apoio na inovação com comunicação na inovação, na qual, à medida que aumenta o apoio na inovação, tende a diminuir a comunicação na inovação.

Na sequência, serão apresentadas as considerações finais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo geral deste estudo, que é caracterizar, através da metodologia *Minnesota Innovation Survey*, os fatores condicionantes de um ambiente de inovação em Hospitais Universitários (HUs) pertencentes à Rede EBSERH, analisando se os mesmos apresentam-se propícios ao desenvolvimento de inovações, faz-se necessário alinhar os aspectos mais marcantes desta área de atuação. Em primeiro lugar, dentre as 29 dimensões apresentadas pelo método *MIS*, 11 delas tornaram-se mais evidentes através das análises estatísticas, a saber: Satisfação da inovação, Metas de inovação atingidas, Metas de inovação não atingidas, Liderança na inovação, Apoio na inovação, Obtenção de recursos, Engajamento na inovação, Comunicação na inovação, Dificuldades e impedimentos, Gestão de conflitos, Planejamento e Executando a inovação.

Observou-se, no entanto, nas respostas elencadas pelos pesquisados, um melhor desempenho em aspectos como: Satisfação da inovação, Liderança na inovação, Apoio na inovação, Obtenção de recursos, Planejamento e executando a inovação, elementos importantes para a caracterização de um processo de inovação bem sucedido, satisfazendo assim o propósito da pesquisa, por ter-se encontrado elementos de alta relevância e estes propícios ao desenvolvimento de inovações.

Com relação aos objetivos secundários, a identificação a partir do *MIS*, de fatores condicionantes e responsáveis por fomentar inovação nos HUs também foram atendidos e percebidos na pesquisa, uma vez que todas as 11 dimensões acima citadas por seu destaque na pesquisa têm relação direta no processo de desenvolver a inovação nas organizações.

A análise, a partir da percepção dos entrevistados sobre dimensões desfavoráveis à inovação de acordo com o método, não foi evidenciada durante a pesquisa, embora alguns aspectos podem ser aperfeiçoados tal como a dimensão comunicação na inovação que, por meio de técnica de correlação estatística, a comunicação tende a diminuir em função de um aumento no apoio a inovação.

Por fim, a identificação das relações entre as dimensões de inovação encontradas e sua contribuição para a construção de um ambiente favorável à inovação nos HUs pesquisados, encontrou respaldo estatístico através da aplicação de teste de correlação de Kruskal-Wallis em relação aos domínios estudados, apresentando correlações moderadas positivas e negativas estatisticamente significantes, para um nível de significância de 5%, em relação às dimensões mais evidenciadas no estudo, estabelecendo uma forte competência da metodologia *MIS* para

o conhecimento dos aspectos relevantes de criação de um ambiente favorável de inovação, uma vez que são mensurados elementos atuantes nos fatores internos, externos e de consecução dos resultados da inovação nos hospitais analisados, através das dimensões observadas. O que facilita a atuação de novas propostas de implementação de inovação nestes estabelecimentos de saúde, respaldados pela eficácia deste método.

A metodologia *MIS* permite a observação de um conjunto de dimensões sobre o processo de inovação em uma organização. Esse processo que envolve importantes áreas inseridas no campo das ideias, das pessoas, das transações, focada em um contexto organizacional ou cenário de aplicação da inovação. Com resultado, obtêm-se a partir da ideia um evento inovador ou a detecção de fatores condicionantes à falha ou erro no processo.

Trabalhada de forma integral, a metodologia perpassa várias dimensões, a saber: internas e externas à inovação, além de observar fatores contingenciais, todos voltadas a compreensão da efetiva percepção da inovação na organização.

A aplicação da Metodologia *Minnesota Innovation Survey* em um grupo de Hospitais da Rede EBSERH evidenciou alguns destes fatores condicionantes à inovação, os quais ajudaram a compreender as relações entre importantes dimensões tais como: satisfação com a inovação, liderança, apoio e obtenção de recursos, assim como o engajamento na inovação aliado ao planejamento e execução da inovação. Além desses, o processo de comunicação necessário a uma efetiva implementação da inovação condiciona também um aumento gestão de conflitos, minimizando eventuais distorções ou incompreensões sobre a ideia e processo inovativo.

Desta forma, os resultados obtidos nesta pesquisa poderão favorecer a empresa a apoderar-se deste estudo e tomar decisões mais efetivas nas próximas iterações de inovação em suas filiais ou no conjunto como um todo. A metodologia, comprovadamente, demonstrou um bom grau de confiabilidade na leitura e análise sobre os dados coletados, garantindo a aplicação de métodos estatísticos para a obtenção de resultados também confiáveis.

A proposição de aplicação de novos estudos com a metodologia *MIS* em outros tipos de organizações também pode ser bastante considerada, assim como a realização de estudos sobre a gestão de ensino e pesquisa da empresa poderá ser sugerida como proposta para pesquisas futuras.

Este projeto, por sua vez, não esgota a sua continuidade de estudos por aqui. Novas investigações e abordagens poderão ser implementadas, a fim de enriquecer e contribuir ainda mais o campo do ensino e pesquisa das Instituições Superiores de Ensino, bem como para ampliar as possibilidades de aplicação de um modelo inovativo nas empresas.

REFERÊNCIAS

ABERNATHY, W. J.; CLARK, K. B. **Innovation**: mapping the inds of creative destruction. Research Policy. North Holland. n. 14, p. 3-22, fev. 1985.

AFUAH, A. **La dinámica de la innovación organizacional**: el nuevo concepto para lograr ventajas competitivas y rentabilidad. Trad. Daniel Rey Díaz. Oxford e New York: Oxford University Press México, 1999.

AFUAH, A. **Innovation management**: strategies, implementation and profits. New York: Oxford University Press, 2003.

ALMEIDA, T. Especialização na moderna organização hospitalar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 1944.

ANDREAZZI, M. F. S. de. EBSERH: Inconsistências e Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 37 (2): 275-284; 2013. Rio de Janeiro, RJ.

BARBIERI, J. C. **Organizações inovadoras**: estudos e casos brasileiros. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

BARBIERI, J. C.; ANDREASSI, T.; SIMANTO B, M.; ÁLVARES, A. C. T.; NOBRE FILHO, W. **Organizações inovadoras**: estudos e casos brasileiros. 2 ed.. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BARROS, A. J; LEHFELD, N. A. **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

BARROS. R. T. de. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **Revista dos Mestrados Profissionais**. Volume 2, número 1, jan./jun. 2013. Recife/PE.

BARZOTTO, L. C. **O Ambiente de Inovação em Instituição Hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Administração), Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB. Blumenau. 2008.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 3 ed. São Paulo: Ática, 1999.

CAETANO, M.; KURUMOTO, J. S.; AMARAL, D. C. Estratégia de integração entre tecnologia e produto: identificação de atividades críticas no processo de inovação. **RAI - Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 124-148, july 2012. ISSN 1809-2039. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/79266/83337>>. Acesso em: 02 jan. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5773/rai.v9i2.745>.

CARLOS, D. J. D; GERMANO, R. M; PADILHA, M. I. História e Memória do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal (RN): 1909-2000. **HERE – História da Enfermagem Revista Eletrônica**, Brasil, v. 4, n.1, jan/jul. 2013, pp. 38-57.

CARNELUTTI, J. G. **A competitividade do setor hospitalar de Cruz Alta – RS.** Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Santa Maria, RS, Brasil, 2006.

CARVALHO, L. C. **Ambiente de inovação:** análise multidimensional em uma organização do setor metal-mecânico. 2010. 185p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB. Blumenau. 2010.

CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Org.). **Gestão hospitalar:** um desafio para o hospital brasileiro. Cooperação Brasil-França: Éditions École Nationale de La Santé Publique ENSP, 1995. p. 38-49.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

CHRISTENSEN, C. **The innovator's dilemma.** Boston: Harvard Business School Press, 1997.

COSTA, P. H. A.; MARTINS, L. F.; MEDEIROS, A. X.; SALGADO, J. A.; SILVA, W. M. D.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. **Cad. Saúde Colet.**, 23 (3): 245-252. Rio de Janeiro. 2015.

DAMANPOUR, F. **Organizational complexity and innovation:** developing and testing multiple contingency models. *Management Science*, New Jersey, v. 42, n. 5, p. 693, 1996.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa:** teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre, Artmed Bookman, 2006.

DE NEGRI FILHO, A.; BARBOSA, Z.; YONEKURA, T. **Dimensionamento de número de leitos e tipologia hospitalar:** o desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas. São Paulo, 2012.

DIEHL, A. A; TATIM, D. C. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas:** métodos e técnicas. São Paulo: Pearson Education: Prentice Hall, 2004.

DRUCKER, P.F. **A Sociedade Pós-capitalista.** 4 ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

EBSERH. **Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSERH:** diretrizes técnicas. Ministério da Educação. Brasília: 2013.

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospitais Universitários.** Filiais EBSERH, 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/filiais-ebserh>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

EBSERH/HUBFS – Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza. Hospitais Universitários. Filiais EBSERH. **Contrato HUBFS-UFPA,** 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/contrato/-/asset_publisher/70lGU10aZ2Mh/content/contrato-hujbb-ufpa/15796>. Acesso em: 16 nov. 2016.

EBSERH/HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Hospitais Universitários. **Institucional**. Nossa História. 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufma/nossa-historia>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

EBSERH/HUMAP – Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Hospitais Universitários. **Institucional**. Nossa História. 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufma/nossa-historia>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

EBSERH/HU-UNIVASF – Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco. **Institucional**. Nossa História. 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-univasf/nossa-historia>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

EBSERH/MCO – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospitais Universitários**. Filiais EBSERH. Contrato MCO-UFBA, 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/100912/contrato_mco_ufba.pdf/209246ca-2c28-44d2-85d4-121ce5dbf988>. Acesso em: 16 nov. 2016.

FARIAS, J. S; GUIMARÃES, T. A; VARGAS, E. R. Inovação em hospitais do Brasil e da Espanha: a percepção de gestores sobre o prontuário eletrônico do paciente. **BBR - Brazilian Business Review**, Vitória, v. 9, n. 3, jul./set. 2012, pp. 25-46.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O Hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, Jul./Ago. 2007.

FOSTER, R. N. **Inovação: a vantagem do atacante**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

FOUCAULT, M. **O nascimento do Hospital**. Microfísica do poder. 15 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000, p. 99-111.

FRANCO, M. A; CORDEIRO, L.M; CASTILHO, R.A.F. **O ambiente virtual de aprendizagem e sua incorporação na Unicamp**. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v29n2/a11v29n2.pdf>>. Acesso em 5 Set 2015.

FRIEDRICH, D. B. C; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. 16(1): 83-97. **Physis**. 2006.

GERGES, M. C. **Visão da decisão gerencial dos enfermeiros administradores do sistema de enfermagem de um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração, 1983.

GURGEL JR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002.

HAIR Jr, J. F. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HC/UFMG. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **Nossa História**. Brasil, 2016. Disponível em <<http://www.hc.ufmg.br/institucional/historia>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

HÉKIS, M. I. **A racionalidade Weberiana presente no processo de decisão referente ao planejamento estratégico: o caso do plano 2006-2012 (HU-UFSC)**. Dissertação (Mestrado em Administração Universitária) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

HENDERSON, R. M.; CLARK, K. B. **Architectural innovation**: the reconfiguration of existing product technologies and the failure of established firms. *Administrative Science Quarterly*. Mar. 1990, v 35, n. 1, p. 9-22.

HEUFPEL. Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. **Institucional**: Histórico, 2016. Disponível em: <<http://www.heufpel.com.br/sites/heufpel/inicio.php?area=41>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

HGV. Hospital Universitário Getúlio Vargas. **Institucional**. Brasil, 2015. Disponível em: <<http://hugv.ufam.edu.br/>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

HUJBB. Hospital Universitário João de Barros Barreto. **Institucional**: Breve Histórico. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.barrosbarreto.ufpa.br/>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

HUOL. Hospital Universitário Onofre Lopes. **Quem somos**: Nossa história. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.huol.ufrn.br/historia.php>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

HUPES. Hospital Universitário Professor Edgard Santos. **Quem Somos**: Nossa história. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.complexohupes.ufba.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. **Histórico**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

HU/FURG. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. **Conheça o HU**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.hu.furg.br/index.php/home/historia>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

HUCAM. Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes. **Institucional**: Nossa História. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hucam-ufes/nossa-historia>>. Acesso em 20 jan. 2016.

UFT. Universidade Federal do Tocantins. **Institucional**: Histórico. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://ww2.uft.edu.br/acessoainformacao/institucional/historia>>. Acesso em: 23 out. 2016.

HC/UFTM. Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Nossa História**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/historia>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

HUB. Hospital Universitário de Brasília. **Institucional: Nossa História**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/nossa-historia>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

HUGD. Hospital Universitário de Grandes Dourados. **O HU-UFGD: Nossa História**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/nossa-historia>>. Acesso em: 17 jan. 2016.

IBANEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 (Supl.), p. 1831-1840, nov. 2007. Disponível em: . Acesso em: 31 jan. 2016.

INOJOSA, R. M. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. **X Congresso Internacional de CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública**, Santiago, Chile, 18 - 21 de Outubro de 2005.

ISCMS. Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos. **Institucional - História...** Disponível em: <<http://santacasadesantos.org.br/home/>>. Acesso em 10 out. 2016.

ISIDRO-FILHO, A; GUIMARÃES, T. A; PERIN, M. G. Determinantes de inovações apoiadas em Tecnologias de Informação e Comunicação adotadas por hospitais. **RAI – Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 8, n. 4, Out./Dez. 2011.

JOHNSON, A. C.; SCHULZ, R. **Administração de hospitais**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1979.

JONASH, R. S.; SOMMERLATTE, T. 2001. **O valor da inovação**: como as empresas mais avançadas atingem alto desempenho e lucratividade. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Introdução ao marketing**. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

LASTRES, Helena M. M.; ALBAGLI, Sarita. **Informação e Globalização na Era do Conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus. 1999.

MAANEN, J. V. Reclaiming Qualitative methods for organizational research: a preface, in **Administrative Science Quarterly**, Vol.24, no. 4, December 1979.

MACHADO, N. J. . Competência e Profissionalismo - o lugar da Ética. **Revista Apase**, São Paulo, v. II, n. 2, p. 20-21, 2003.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, Jul./Ago. 2007.

MACHADO, D. D. P. N. **Inovação e cultura organizacional**: um estudo dos elementos culturais que fazem parte de um ambiente inovador. 2004. 185p. Tese (Doutorado em

Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. 2004.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 19-49, 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisas**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1982.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1991.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MARQUES, R. C. **A imagem social do médico de senhoras no século XX**. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia e planejamento**. São Paulo: Atlas, 1999.

MCO/UFBA. Maternidade Climério de Oliveira. Sobre. Institucional. **Histórico**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/mco-ufba/historico>>. Acesso em: 17 set. 2016.

MÉDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 37. Ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MEJC/UFRN. **Maternidade Escola Januário Cicco**. 2015. Disponível em: <<https://sistemas.ufrn.br/portal/PT/servicos/maternidade/#.WI5NX9IrLIV>>. Acesso em: 17 set. 2016.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Hospitais Universitários. **AGHU**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios/agh>>. Acesso em 10 de dez. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**, Série B. Textos Básicos de Saúde, Atenção Hospitalar, v. 3, 268p. Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. **Cadernos de Atenção Especializada**, Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia básica de saúde**. 1983. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MINTZBERG H. Moldando a estratégia. In: MINTZBERG, H. et al. **O processo da estratégia**. São Paulo: Bookman, 2006.

MURRAY, A. D.; VANALLE, R. Contribuição à análise dos processos de planejamento estratégico dos Hospitais gerais privados do município de São Paulo. **XVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção** – Curitiba, PR, 23 a 25 de outubro de 2002.

NASCIMENTO, P. R., ZION, F. O Sistema Único de Saúde como observatório de direitos universais: uma reflexão a partir das Ciências Sociais. **Interface Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v. 14, n. 32, p. 199-205, 2010.

OCDE, Manual de Oslo: **Diretrizes para a coleta e interpretação de dados sobre inovação**. 3 ed. 1997.

PEREZ, Gilberto; ZWICKER, Ronaldo. Adoção da Inovação em Sistemas de Informações na Área de Saúde: Um Estudo do Prontuário Médico Eletrônico. In: **XXXI ENANPAD**, 2007, Rio de Janeiro.

PINOTTI, J. A. **Saúde**: uma visão política. Curitiba: Fundação Pedroso Horta, 1997.

RENNÓ, C. S. N; DINIZ, Z. C. M.; MAFRA, A. A. Plano diretor da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas 2007-2009. In: MARTINS, M.M.; COUTINHO, I.; SANTOS, A. (org.). **Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

RADUENZ, G. **Ambiente de inovação em uma organização hospitalar**: percepção por meio de um sistema de informação. 2010. 159p. (Mestrado em Administração) – Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB. Blumenau. 2010.

RIBEIRO, A. B. C. **Administração de pessoal nos hospitais**. 2 ed. São Paulo: FENAME, 1977.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

ROMANI, H. M.; SPERANDIO, J. A.; SPERANDIO J. L.; DINIZ, M. N.; INÁCIO, M. A.M. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**. 17 (1): 41 – 53. São Paulo. 2009.

SANT'ANNA, P. R.; LONGO, O. C.; BARONE, F. M.; COVA, C. J. G.; OLIVEIRA, F. A. L. Tecnologia da informação como ferramenta para a análise econômica e financeira em apoio à tomada de decisão para as micro e pequenas empresas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.5, p.1589-1611, out.2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000500015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122011000500015>.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico. São Paulo: Abril, 1982.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico. 3 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

SELEME, A. **Tecnologia e poder em organizações hospitalares**: o caso do HGCR. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração da dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SODRE, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2013, n.114, pp. 365-380. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000200009>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

SILVA, G. F. A.; DE MEO, D. M.; GUERREIRO, G. N. M.; GÓES, S. S.; KLEMENT, C. F. F. Inovação Tecnológica em Serviços Hospitalares: um Estudo de Caso. In: **XXVI SIMPÓSIO DE GESTÃO DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA**, 2010. Vitória. ANPAD. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/Simp%C3%B3sio/simposio_2010/2010_SIMPOSIO234.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2017.

TEECE, D. J. Profiting from technological innovation: implications for integration, collaboration, licensing and public policy. North-Holland. **Research Policy**, Jun. 1986, n. 15, p. 285-305.

TORRES, N. **Manual de planejamento da informação empresarial**. São Paulo: Makron Books, 2003.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar**: administração e burocracia. Brasília: Universidade de Brasília, 1988.

TUSHMAN, M., L. ROSENKOPF. Organisational determinants of technological change. In: **Research in organizational behavior**, L. L. Cummings & B. M. Staw. (ed.) 311-347. 14.1992.

UTTERBACK, J. M. **Mastering the dynamics of innovations**. Boston: Harward Business School Press, 1994.

VAN DE VEN, A. H. et al. **The innovation journey**. New York: Oxford University Press. 1999.

VAN DE VEN, A. H.; ANGLE, H. L.; POOLE, M. S. **Research on the management of innovation**: the Minnesota studies. New York: Oxford University Press, 2000.

VASCONCELOS, C. M. **Notas sobre a crise dos hospitais universitários no Brasil**. 2004.

VELLOSO, V. B. **Organização da demanda espontânea e programada e acolhimento na estratégia saúde da família**: um relato de experiência. Trabalho de Conclusão de Curso. Conselheiro Lafaiete, 2012.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2009.

VICENTI, T. **Ambiente de inovação nas empresas de software de Blumenau Santa Catarina - Brasil**. 2006. 183p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB. Blumenau. 2006.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZUCKERMAN, B; MARGOLIS, P. A; MATE, K. S. Health Services Innovation: The Time Is Now. **JAMA – The Journal of the American Medical Association**, v. 309, n. 11, March 20, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

DATA: __/__/__

1. Qual sua idade? _____

2. Qual seu nível de escolaridade?

() Ensino Fundamental () Ensino Superior Incompleto

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo

() Ensino Médio Completo () Pós-Graduação

CARGO: _____

ÁREA EM QUE TRABALHA: _____

TEMPO DE EMPRESA: _____

Conte, com suas palavras, sobre uma inovação que você participou:

Com base na inovação que você descreveu acima, responda as questões que seguem:

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Indiferente	Bastante satisfeito	Muito satisfeito
1 - Qual seu nível de satisfação com o resultado que a inovação teve? (Ref D1Q31)					
2 - Com relação ao que você esperava de progresso pessoal com esta inovação, você se considera satisfeito? (Ref D1Q34)					
3 - Qual seu grau de satisfação pela contribuição que esta inovação trouxe para a sua empresa? (Ref D1Q35)					
4 - Quando as metas definidas para o desenvolvimento da inovação que você participou, o que acontecia normalmente? (Ref D6Q23)	Nenhuma chance	Pequena chance	50% de chance	Bastante provável	Quase certo
4a - O grupo como um todo foi reconhecido ou recompensado pelos resultados atingidos; (D6Q23A)					
4b - Somente alguns indivíduos foram reconhecidos por sua dedicação pessoal. (D6Q23B)					
5 - Quando as metas definidas para o desenvolvimento da inovação que você participou, não eram atingidas, o que acontecia normalmente? (Ref D6Q24)	Nenhuma chance	Pequena chance	50% de chance	Bastante provável	Quase certo
5a - O grupo como um todo foi repreendido ou cobrado; (D6Q24A)					
5b - Somente alguns indivíduos foram repreendidos ou cobrados; (D6Q24B)					

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião formada	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
6 – Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação encorajam os outros a também tentarem inovar: (Ref D7Q15)					
7 – Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação sabem de suas responsabilidades individuais (Ref D7Q16)					
8 – Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação lembram constantemente da necessidade de cada um se comprometer com o resultado da inovação: (Ref D7Q18)					
9 – Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação se preocupam com um bom relacionamento no grupo; (Ref D7Q19)					
10 – Geralmente as pessoas que lideram o processo de inovação confiam no grupo envolvido; (Ref. D7Q21)					
11 – Normalmente são incentivadas as críticas construtivas e novas informações que questionam o que está sendo feito para desenvolver a inovação; (Ref D8Q17)					
12 – Normalmente as pessoas, em todas as situações que ocorrem no processo de inovação, tornam públicas as suas dúvidas sobre o que está sendo feito.. (Ref D8Q20)					
13 – Normalmente sinto-me a vontade para falar o que penso sobre o que está ocorrendo com o processo de inovação (Ref D8Q22)					
14 – Normalmente quando uma pessoa tenta fazer algo novo e falha, isto não afeta sua carreira na empresa. (Ref D9Q 44)					
15 – Nossa empresa valoriza as pessoas que tentam fazer algo diferente mesmo existindo erros ocasionais. (Ref D9Q45)					
16 – Nossa empresa incentiva e encoraja a aprendermos coisas novas e experimentarmos novas ideias. (Ref D9Q46)					
17 – Normalmente os líderes dão dicas para melhorar o trabalho, elogiam e encorajam as pessoas envolvidas na inovação (Ref D7Q30)					
	Nada	Muito pouco	Em parte	Bastante	Muito
18- Quanto você ou seu grupo precisou de apoio, informações ou ajuda de outras pessoas ou grupos para desenvolver esta inovação? (Ref Mis II D10Q5)					
19 - Quanto do trabalho que você ou seu grupo deveria desenvolver normalmente foi feito por outras pessoas ou grupos para que você pudesse desenvolver esta inovação? (Ref Mis II D10Q7)					
20 – Na interação entre você e o grupo que participou desta inovação, houve conversas ou discussões que auxiliavam no relacionamento entre vocês e que ajudaram no desenvolvimento desta inovação? (Ref Mis II D11Q3 a)					

21 – Na interação entre você e o grupo que participou desta inovação, foram escritos documentos ou anotações explicando como a parceria entre vocês estava sendo feita e como isto ajudava no processo de inovação? (Ref MIS II D11Q3 b)					
22 - Você se considera satisfeito com esta parceria? (Ref MIS II D12Q10)					
23 – Os compromissos assumidos com você por outras pessoas ou grupos para desenvolver esta inovação, foram cumpridos? (Ref MIS II D12Q11)					
24 – Você ou seu grupo de inovação, quando precisaram alterar as atividades de outras pessoas ou grupos, conseguiram facilmente fazer esta mudança? (Ref MIS D13Q14)					
25 – Você ou seu grupo, para atingir os objetivos desta inovação, tiveram apoio de outras pessoas ou grupos da empresa? (Ref II D26Q2)					
26 - Até que ponto o trabalho realizado em parceria com outras pessoas ou grupos poderá ser usado em outros projetos que envolvem a inovação? (Ref II D26Q15)					
27 – Ocorreram conflitos ou divergências de opiniões entre você ou seu grupo com outras pessoas ou grupos da empresa que se envolveram com a inovação? (Ref MIS D27Q17)					
28 – Na execução desta inovação, sei que podia confiar nas pessoas que fizeram parte da inovação assim como eles também podiam confiar em mim. (Ref MIS D27Q9)					
29 – Para realização desta inovação eu e meu grupo tivemos que brigar por: (Ref D3Q47 a,b,c ,d)	Nada	Muito pouco	Em parte	Bastante	Muito
29a – recursos financeiros;					
29b - materiais, espaço e equipamentos;					
29c - atenção da gerência;					
29d – pessoas;					
30 – Para o desenvolvimento desta inovação participei, dando opiniões, palpites e, em alguns momentos até tomando decisões, do que segue: (Ref D5Q10 a,b,c,d).	Nada	Muito pouco	Algun	Bastante	Muito
30a – definir onde se pretendia chegar com esta inovação (qual o resultado que esperávamos com ela)					
30b – definir e detalhar as atividades que eram necessárias ser feitas para podermos concluir a inovação, fazer “ela acontecer”.					
30c - definição de recursos financeiros necessários, ou seja, quanto seria necessário de dinheiro para o desenvolvimento desta inovação:					
30d – sobre a necessidade de contratar ou chamar, de outra área, pessoas para ajudar no desenvolvimento desta inovação:					
31 – Quantas regras existiam que indicassem como você deveria proceder para desenvolver esta inovação? (Ref D4Q4)					
32 – Qual a intensidade que você percebe de ajuda ou apoio de outras pessoas ou grupos da empresa? (Ref MIS D12Q19)					

33a – Existiam regras, manuais ou procedimentos que indicavam como seu trabalho deveria ser executado?, (Ref D4Q5)					
33b) Se existiam, eram detalhadas?					
34 – Com que frequência você foi comunicado pessoalmente sobre os problemas que ocorreram no processo de inovação por meio de: (Ref D22Q26 q,b,c,d,e,f,g)	Sem contato	Mensalmente ou menos	Quase semanalmente	Diariamente	Mais de uma vez por dia
34a – Indivíduos de outros grupos que também estavam trabalhando com a inovação.					
34b - Pessoas de outros departamentos da organização					
34c - Gerentes de níveis superiores na organização					
34d - Consultores de outras organizações					
34e - Consumidores					
34f - Fornecedores					
34g - Pessoas do governo ou de agências reguladoras					
35 - Durante esse período, com que frequência ocorreram desentendimentos (conflitos, brigas) entre as pessoas que trabalharam com você, do seu grupo, no desenvolvimento desta inovação? (Ref D24Q27)					
36 - Durante o desenvolvimento desta inovação, qual a frequência de comunicação entre você e seu grupo com pessoas de outras áreas da empresa que também se envolveram com esta inovação? MIS II D28Q 16)					
37 - Durante a fase de inovação em que você participou, quais das dificuldades listadas a seguir foram vivenciadas por você? (Ref D23Q14 a,b,c,d,e,f)	Nenhuma	Pouca	Alguma	Forte	Muito forte
37a - Dificuldade de obter ajuda de pessoas qualificadas, que poderiam ajudar no desenvolvimento desta inovação					
37b – Dificuldade em saber para que serviria esta inovação, se os objetivos do seu desenvolvimento estavam claros					
37c – Dificuldade em saber os detalhes de como desenvolver esta inovação					
37d – Dificuldade em obter recursos financeiros e outros necessários ao desenvolvimento da inovação					
37e – Dificuldades na interação com outras áreas da empresa que se envolveram com esta inovação					
37f - Falta de apoio pessoas-chave (muito importantes) que resistiram em participar desta inovação e que poderiam comprometer no sucesso da inovação					
38 – Quando os desentendimentos ou disputas ocorreram, com que frequência eles foram resolvidos nas formas listadas a seguir: (Ref D25)	Nenhuma	Pouca	Alguma	Forte	Muito forte
38a - Ignorando ou evitando o enfrentamento destes problemas (Ref D25a)					
38b – Lidando superficialmente com as questões (Ref D25b)					
38c – Discutindo as questões abertamente com as pessoas envolvidas. (Ref D25c)					
38d – Com a presença de um gerente ou diretor para resolver a questão com as pessoas envolvidas(Ref D25d)					
38e – Qual o grau de ligação entre os departamentos ou grupos envolvidos com a inovação? (Ref D24Q50)					

39 – Você tinha facilidade em saber com antecedência os passos corretos e necessários para desenvolver esta inovação (passos significam etapas e iniciativas tomadas que foram fundamentais para o prosseguimento da inovação)? (Ref D2Q2)

<input type="checkbox"/> Muito difícil	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Fácil	<input type="checkbox"/> Muito fácil
--	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

40 - Você tinha alguma certeza de que a inovação ia dar certo? (Ref D2Q3)

<input type="checkbox"/> Nenhuma certeza	<input type="checkbox"/> Pouca certeza	<input type="checkbox"/> Certeza moderada	<input type="checkbox"/> Muita certeza	<input type="checkbox"/> Certeza absoluta
--	--	---	--	---

41 - Na fase de inovação que você participou com que frequência surgiram problemas difíceis de serem resolvidos? (Ref D2Q11)

<input type="checkbox"/> Diversas vezes por dia	<input type="checkbox"/> Algumas vezes por dia	<input type="checkbox"/> Quase diariamente	<input type="checkbox"/> Quase semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente ou menos
---	--	--	---	---

42 –Os problemas eram diferentes cada vez que surgiam? (Ref D2Q12)

<input type="checkbox"/> Sempre os mesmos	<input type="checkbox"/> Quase sempre os mesmos	<input type="checkbox"/> Um pouco diferentes entre si	<input type="checkbox"/> Bastante diferentes entre si	<input type="checkbox"/> Completamente diferentes
---	---	---	---	---

43 - Durante a fase de inovação que você participou, o seu trabalho aumentou? (Ref D3Q6)

<input type="checkbox"/> Geralmente não causou sobrecarga	<input type="checkbox"/> Às vezes causou sobrecarga	<input type="checkbox"/> Na medida certa de se lidar	<input type="checkbox"/> Difícil de dar conta	<input type="checkbox"/> Quase impossível de dar conta
---	---	--	---	--

44 - Com que antecedência você sabia o tipo de trabalho que seria cobrado de você? (Ref D2Q7)

<input type="checkbox"/> 1 hora	<input type="checkbox"/> 1 dia	<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 1 mês	<input type="checkbox"/> 6 meses
---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

45 - Quanto tempo você acredita que a parceria entre o seu grupo e outros grupos que participaram da inovação durou? (Ref D29)

<input type="checkbox"/> Terminou com a implantação da inovação	<input type="checkbox"/> Até 6 meses após o término da implantação	<input type="checkbox"/> 1 ano após o término da implantação	<input type="checkbox"/> De 2 a 3 anos após o término da implantação	<input type="checkbox"/> Ainda está fortemente presente
---	--	--	--	---